

Tiago Ribeiro da Silva

**ESTUDO DE CONFIABILIDADE E VALIDADE DA
RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS-BR) NO BRASIL
– AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO DE
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo - Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Mestre em Psiquiatria e Psicologia
Médica.

São Paulo
2012

Tiago Ribeiro da Silva

**ESTUDO DE CONFIABILIDADE E VALIDADE DA
RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS-BR) NO BRASIL
– AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO DE
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica.

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Rodrigo Affonseca Bressan

São Paulo
2012

Tiago Ribeiro da Silva

Estudo de Confiabilidade e Validade da Recovery Assessment Scale (RAS-BR) no Brasil – avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia/ Tiago Ribeiro da Silva – São Paulo, 2012.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental.

Reliability and Validity Study of Recovery Assessment Scale (RAS- BR) in Brazil - evaluation of overcoming suffering ability from schizophrenia patients.

1. Esquizofrenia. 2. Estudo de validação. 3. Recovery. 4. Empoderamento. 5. Qualidade de vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Chefe do Departamento:

Prof^a. Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva

Coordenador do Curso de Pós-graduação:

Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Tiago Ribeiro da Silva

**ESTUDO DE CONFIABILIDADE E VALIDADE DA
RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS-BR) NO BRASIL
– AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO DE
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

BANCA EXAMINADORA:

Arthur de Almeida Berberian

Hélio Elkis

Marcella Guimarães Assis

SUPLENTE:

Sheila Cavalcante Caetano

“O que realmente importa ao ajudar o homem é ajudá-lo a ajudar-se; é fazê-lo agente de sua própria recuperação, é colocá-lo numa postura consciente diante de seus problemas” (Paulo Freire)

*Dedico este trabalho a todos os portadores de
esquizofrenia, familiares e profissionais da saúde
que trabalham pela humanização,
empoderamento, respeito e acreditam na
autosuperação do indivíduo.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Rodrigo Affonseca Bressan, meu orientador, que acreditou em minha capacidade de desenvolver este projeto, valorizando um trabalho sobre um tema ainda pouco explorado e reconhecido aqui no Brasil. Seu acolhimento, paciência e ao mesmo tempo pela sua capacidade de sempre me colocar a frente no que eu fazia.

À Prof. Cecília Cruz Villares, grande mestre, amiga, exemplo de dedicação e precursora no desenvolvimento de iniciativas de empoderamento, por me apresentar este mundo tão fascinante e enriquecedor. Sua capacidade de acolhimento e disponibilidade, que me aproximou desde à época da faculdade nas iniciativas do SoEsq e na minha integração ao Proesq e mestrado.

Ao Prof Dr Arthur A Berberian, parceiro e amigo, que teve papel fundamental no meu aprendizado em pesquisas quantitativas, para o desenvolvimento deste trabalho. Sempre colocando-se disponível e paciente para me explicar a estatística, que achava que nunca iria entender...

À Larissa A. Campagna, amiga terapeuta ocupacional, pelo apoio na realização das entrevistas e orientação dada em muitos momentos no desenvolvimento deste projeto.

Ao Dr. Ary Gadelha pelo apoio, amizade e que em muitos momentos me auxiliou, explicando e orientando sobre procedimentos a serem realizados, desde o início dos mutirões até este momento.

À Professora e amiga Júnia J. Rjeille Cordeiro, por acreditar em minha capacidade, abrindo caminho para mim em diversos momentos, desde o estágio do Hospital Albert Einstein, no lar Escola São Francisco até hoje, pelo exemplo de profissional, pró-atividade, empreendedorismo na terapia Ocupacional e organização.

Ao amigo e professor Jorge de Assis, pela parceria e ensinamentos dados ao longo

destes anos, desde o início do SoEsq, até o momento.

Às amigas de departamento de terapia ocupacional do Proesq, especialmente Gabriela Cruz de Moraes que me acompanhou como supervisora no CAISM e em seguida no Proesq, com a qual pude aprender muito com sua experiência em terapia ocupacional, a Fernanda Pimentel pelo apoio e aprendizado com sua experiência na condução do grupo de acolhimento e parceria nos projetos realizados no Proesq e Fernanda Vieira pela parceria que tivemos nas supervisões das oficinas e atividades do Proesq.

À todos os colegas da equipe do mutirão, do Link e equipe do Proesq (Programa de Esquizofrenia) pelo acolhimento, parceria, aprendizado e colaboração ao longo deste período, nas reuniões clínicas, de mini-equipe, nas apresentações de caso etc: Ricardo, Eliane, Lucy, Dr. Cecília Attux, Elaine, Dr Claudiane, Dr. Claudio, Dr. Fernando Lacaz e Dr Deyvis.

À todos os meus amigos do trabalho, Núcleo, Ambulatório, Nasf que me acompanham e estiverem presentes neste período do mestrado.

Aos meus queridos e amados pais, Rosa e Henrique, pelo amor, anos de dedicação e todo esforço que tiveram para me dar o melhor que puderam até hoje.

À minha esposa e sempre parceira Flávia, pelo amor, paciência e apoio em todos estes anos, nos momentos difíceis e por me ajudar em todos os meus projetos. À minha princesinha Mariana, que tanto me traz alegrias, deixando minha vida mais vibrante e feliz. Amo vocês!!

Aos meus irmãos: Cristina, minha irmã mais velha, por todos estes anos, que sempre me incentivou no mestrado e pelas trocas constantes, que depois de alguns anos, agora mais perto novamente. Ao meu irmão Antonio, sempre parceiro, que pude contar para me ajudar, como grande amigo, me apoiando e aconselhando. A minha irmã gêmea Claudia, pela paciência de dividir vários momentos comigo, desde o nascimento e pela disponibilidade para me ajudar sempre que precisei. Ao meu “cunhas” que tenho como irmão, pelo exemplo,

esclarecimentos e disponibilidade em todos estes anos.

À toda minha família, tias (Helena, Nair) e tios (Rogério, Waldir), primas (Heloisa, Thais) e primo (Renato).

À minha sogra, Vera, aos meus cunhados Marcelo, Renata e Patrícia pelo apoio e esclarecimentos fundamentais nestes momentos de mudanças no final do mestrado.

À toda equipe extrafísica e amparadores de função que me ajudaram a ter mais lucidez nas decisões e trabalho realizado.

Sumário

Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Sumário	x
Lista de Abreviaturas	xi
Lista de Tabelas	xii
Resumo	xiii

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Apresentação	1
1.2. Recovery na Esquizofrenia	2
1.3. Instrumentos de Recovery (Superação)	8
1.4. RAS - Recovery Assessment Scale	9
2. OBJETIVOS	10
3. MÉTODOS	11
3.1. Ética	11
3.2. Descrições dos Instrumentos	11
4. ARTIGO CIENTÍFICO	13
4.1. Introdução	17
4.2. Métodos	20
4.2.1. Amostra	21
4.2.2. Instrumentos	22
4.2.2.1. RAS – Recovery Assessment Scale	22
4.2.2.2. Whoqol – Bref	22
4.2.2.3. ILSS – SR	22
4.2.2.4. SAOF	23
4.2.2.5. Outros Instrumentos	23
4.2.3. Confiabilidade teste-reteste	24
4.2.3. Tradução e Adaptação Cultural	24
4.2.4. Estudo Piloto	24
4.2.5. Análise Estatística	25
4.3. Resultados	26
4.3.1. Dados Sociodemográficos	27
4.3.2. Confiabilidade	28
4.3.3. Validade Concorrente	28
4.3.4. Análise Fatorial Exploratória	29

4.4. Discussão	31
4.5. Referências	35
5. CONCLUSÃO	40
6. REFERÊNCIAS	41
7. ANEXOS	49
7.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	49
7.2. Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética	51
7.3. Anexo 3 – Versão Original – Recovery Assessment Scale	52
7.4. Anexo 4 – Versão em português: escala de avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia (RAS-BR)	54
7.5. Anexo 5 – Whoqol – Bref/ OMS	58
7.6. Anexo 6 - ILSS – SR	60
7.7. Anexo 7 - SAOF	64
7.8. Anexo 8 - PANSS - <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> - Escala das síndromes positiva e negativa	65
7.9. Anexo 9 - CGI - <i>Clinical Global Impression</i> - Escala para avaliação do estado clínico do paciente	66
7.10. Anexo 10 - GAF – <i>Global Assessment of Functioning</i> – Escala de avaliação global do funcionamento	67
7.11. Anexo 11 - Calgary Depression Scale for Schizophrenia - Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE)	68

Lista de abreviaturas

DSM IV TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition (Text Revision)
AF	Análise Fatorial
AFE	Análise Fatorial Exploratória
SPS	Statistical Package for the Social Sciences
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
SCID	Structured clinical interview of DSM IV
SD	Standard Deviation
OMS	Organização Mundial de Saúde
APA	American Psychiatric Association
GAF	Global Assessment of Functioning
CGI	Clinical Global Impression
RAS	Recovery Assessment Scale (Escala de Avaliação da Superação)
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
WHOQOL – bref/ OMS	World Health Organizations assessment instrument for quality of life - Escala de qualidade de Vida
ILSS	Inventário da Vida Independente
SAOF	Questionário de auto-avaliação do funcionamento ocupacional

Lista de tabelas

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos (Amostra n= 104)

Tabela 2 – Correlação de Pearson da RAS com escalas utilizadas

Tabela 3 – Fatores derivados da AFE da versão brasileira da RAS

Resumo

Contexto. O conceito *recovery*, é um processo complexo, individual, de autossuperação, no qual o portador desenvolve uma perspectiva de vida mais esperançosa e realista, desempenhando uma postura mais ativa em seu tratamento e em sua vida. Atualmente no Brasil, não existe nenhum instrumento de *recovery* traduzido e validado para o português. Dentre os instrumentos de *recovery*, destaca-se a *Recovery Assessment Scale* (RAS), auto-aplicável.

Objetivos. Este trabalho apresenta os resultados da validação e confiabilidade da versão brasileira da *RAS- Recovery Assessment Scale*. **Método.** Para a validação foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Correlação de *Pearson* e confiabilidade teste-reteste. **Resultados.** A aplicação do instrumento foi realizada em 104 pacientes do Proesq- ambulatório de esquizofrenia da UNIFESP. A análise fatorial exploratória (AFE) apresentou KMO de 0,812 e o teste de Esfericidade de *Bartlett's*, foi significativo ($\chi^2 = 654,129$, $df = 231$, $p < 0.000$). O Alfa de *Crombach* apresentou consistência interna de 0,937 para versão completa e 0,878 para a versão reduzida. O teste-reteste ($r = 0,70$) foi considerado satisfatório e significativo $p < 0,001$. **Conclusão.** A partir dos resultados, considera-se a versão brasileira da RAS um instrumento válido e confiável para aferir o processo de superação dos portadores de esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Atitude, autonomia pessoal, qualidade de vida.

Abstract

Background. The concept of recovery means a self overcoming complex process, in which the carrier develops a hopeful and realistic outlook of life, performing a more active stance in your treatment and in your life. Currently in Brazil, there is no recovery tool validated and translated into Portuguese. Among the tools of recovery, there is the Recovery Assessment Scale (RAS), self-administered. **Objectives.** This paper presents the results of the validation and reliability of the Brazilian version of the Recovery Assessment Scale-RAS. **Method.** For validation was performed Exploratory Factor Analysis (EFA) and the Pearson correlation and test-retest reliability. **Results.** The application of the instrument was performed in 104 patients with schizophrenia attended in Proesq's Ambulatory - UNIFESP. The exploratory factor analysis (EFA) presented KMO test of 0.812 and Bartlett's Sphericity was significant ($\chi^2 = 654.129$, $df = 231$, $p < 0.000$). The Cronbach's Alpha showed internal consistency from 0.937 to 0.878 for the full version and the short version. The test-retest reliability ($r = 0.70$) was satisfactory and significant $p < 0.001$. **Conclusion.** According the results, the Brazilian version of the RAS is considered a valid and reliable instrument for measuring the process of overcoming the schizophrenic patients.

Keywords: Schizophrenia, Attitude, Personal Autonomy, Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Na introdução deste trabalho são abordados aspectos introdutórios e históricos sobre o início do movimento de empoderamento (*empowerment*) na saúde mental com portadores de transtornos mentais e o surgimento de inúmeras associações para portadores e familiares. Descreve-se a influência deste movimento para a maior participação e publicação de relatos de experiências de superação de portadores de esquizofrenia e o desenvolvimento de pesquisa nesta temática. Desta maneira é introduzido e definido o processo de *recovery* e a apropriação deste conceito para o contexto brasileiro através da palavra superação, proposta neste trabalho. Posteriormente são apresentados alguns dados estatísticos, resultados de pesquisas e citações de relatos de portadores de esquizofrenia a fim de ilustrar suas vivências sobre este processo. A partir deste contexto são apresentados alguns instrumentos de *recovery*, destacando-se a RAS – *Recovery Assessment Scale*, justificando a necessidade e a importância da validação do primeiro instrumento de *recovery* para o Brasil e os benefícios para o contexto clínico, dos serviços de saúde mental e para o desenvolvimento de futuras pesquisas. Os objetivos do presente estudo são: tradução do inglês para o português da escala *Recovery Assessment Scale* (RAS), sua retrotradução, adaptação semântica e cultural, análise da confiabilidade teste-reteste e validade da versão brasileira da RAS. Na seção “Métodos” são descritos os procedimentos e os instrumentos utilizados neste estudo, sendo aprofundados em forma de artigo posteriormente. Os resultados estão descritos detalhadamente através de tabelas e discussão no artigo. Após o artigo são apresentadas as conclusões deste trabalho de dissertação.

1.2 Recovery na Esquizofrenia

O conceito *recovery* na saúde mental ainda é pouco estudado no Brasil, mas já possui grande repercussão em inúmeros países da Europa, EUA e Ásia, demonstrando grande relevância através dos estudos e publicações realizadas, gerando impacto na orientação de serviços de saúde mental e em iniciativas desenvolvidas pelos portadores. O crescente número de relatos de superação, publicação, maior participação dos portadores de esquizofrenia nos serviços de saúde e o crescente envolvimento de profissionais e pesquisadores têm contribuído para uma visão mais benigna sobre o curso da doença, ainda fortemente marcada pelo estigma histórico e social. Estudos longitudinais comprovam que aproximadamente dois terços dos portadores de esquizofrenia conseguem passar pelo *recovery* (Anthony, 2000 apud Schiff, 2004).

Atualmente na psiquiatria, alguns termos como remissão, reabilitação, e recuperação são utilizados para descrever uma boa evolução da doença. No entanto, nota-se que tais conceitos estão associados a redução ou “ausência” dos sintomas ou estão direcionados à busca do nível pré-mórbido da doença. Em estudos mais recentes, verificam-se evidências de outros domínios associados ao processo de recuperação, como funcionamento social, ocupacional e qualidade de vida (Emsley, R. et. al. 2011). Alguns estudos abordam o recovery sob dois enfoques: recuperação da doença e recuperação na doença (Liberman, 2005; Essock, 2009). O primeiro enfoque estaria relacionado ao desfecho clínico, tendo como parâmetros: sintomas, emprego/ trabalho, funcionamento e ajuste social. O segundo enfoque estaria relacionado a um processo contínuo que envolveria aspectos internos, com insight, integração, esperança, autonomia, superação e empoderamento. Para McGorry (1992), o recovery é um conceito mais abrangente e que engloba três aspectos, como sintoma, funcionamento e incapacidade, colocando o indivíduo em uma perspectiva mais ampla de vida, que inclui seus recursos e esforços bem como as contribuições das pessoas em sua rede social.

Conforme Chamberlin (1990, 1995) apud Schiff (2004), o movimento de *recovery* tem suas raízes em meados dos anos 70, quando um grupo de portadores dos serviços de saúde mental, movidos por sentimentos de indignação e esperança,

organizaram-se nos EUA para promoverem mudanças que estavam pautadas em reivindicações políticas em prol dos direitos das pessoas com doença mental. Para a autora, o *recovery* tem como princípios o *empowerment* / empoderamento, autoajuda e o *advocacy*. O *empowerment* refere-se a mudança de atitude, passando da condição de passividade para uma postura mais ativa e participativa na vida e no tratamento; autoajuda seria um tipo de *empowerment* através da qual a pessoa desenvolve nova perspectiva de vida interação com o mundo e o *advocacy* envolve uma condição e ação social do portador em prol de seus direitos e reivindicação política.

No final dos anos 80 e início dos anos 90 relatos e artigos escritos por portadores de esquizofrenia começaram a ser mais frequentes e passaram a descrever processos de superação de pessoas que conseguiram ultrapassar certas dificuldades e descobriram novas formas de melhorarem suas vidas, apesar dos problemas e sintomas persistentes (Deegan, 1988; Anthony, 1993 apud Monteiro e Matias 2007)

A palavra *recovery* na língua portuguesa é traduzida como recuperação, que significa reconquista da saúde, do bem estar; volta à vida normal, ao ambiente social ou de trabalho (Houaiss, 2009). No entanto, a vivência relatada pelos portadores de esquizofrenia parece estar mais relacionada com um processo e não um estado permanente, nem mesmo representa voltar a uma condição anterior, mas passar por uma mudança pessoal na forma de lidar com a vida. Desta maneira, a palavra superação parece demonstrar maior aproximação a este processo, sendo escolhida neste trabalho como tradução a *recovery*.

Este processo envolve a maneira como o portador reage frente a sua vida, experienciando um processo de aprendizado e superação, apesar da vivência dos sintomas, desenvolvendo uma postura mais ativa e uma perspectiva de vida mais saudável e esperançosa, buscando relacionar-se como um indivíduo capaz e não como paciente, marcado exclusivamente pela doença.

Através da análise das definições apresentadas pela *National Summit of Mental Health Consumers and survivors Recovery Plack* (1999) apud Shiff (2004) identificou três aspectos comuns presentes nas definições de *recovery*: 1. Implica a

própria pessoa, acreditando em si mesma; 2. implica o papel social da pessoa, sendo parte ativa na sociedade; 3. implica a forma como o portador se relaciona e interage com o meio.

Para Deegan (1988, 15) “*recovery* é um processo... um caminho de aproximar-se dos desafios diários. Isto não é um processo perfeitamente linear. Às vezes nosso caminho é imprevisível e nós falhamos, voltamos atrás e começamos novamente. É fundamental enfrentar os desafios da incapacidade e reestabelecer um novo e valorizado senso de integridade e propósito para alcançar além dos limites da incapacidade. O principal é viver, trabalhar e amar em comunidade, onde cada um tem uma contribuição significativa”.

Dentre os estudos sobre *recovery*, alguns autores e pesquisadores têm apresentado modelos explicativos e abordagens sobre este conceito. Young e Ensing (1999) apud Monteiro e Matias (2007) desenvolveram um modelo composto por três fases. A primeira refere-se a aceitação da doença, vontade e motivação para mudar. A segunda envolve o indivíduo acreditar em si mesmo e ter capacidade de assumir os riscos, possibilitando a retomada de alguns papéis e projetos. Por fim envolveria uma condição de melhora na qualidade de vida e bem estar pessoal. Para Jacobson & Greenley (2001) *recovery* envolve condições internas e externas ao portador. As condições internas envolvem a esperança, pertencimento, *empowerment* e recuperação e as condições externas envolveria a implementação de direitos, visão positiva sobre o processo de superação e organização e orientação dos serviços de saúde mental para práticas de *empoderamento* dos portadores.

DeMasi e colaboradores (1996) desenvolveram um modelo baseado em uma revisão da literatura que explica a recuperação em termos de três áreas de bem-estar: saúde (a saúde física e mental), psicológicos (auto-estima, esperança, de enfrentamento e de confiança) e qualidade (social, econômica e interpessoais da vida).

Uma amostra de portadores de esquizofrenia, usuários de serviços de saúde mental de Ohio, foram entrevistados com o objetivo de descreverem pontos fortes e fracos no sistema de saúde mental e suas principais estratégias de apoio e superação. A partir dos relatos, foi feita uma lista de habilidades, comportamentos e

atividades e utilizados em um estudo piloto. Neste estudo, 71 portadores de Ohio e 180 portadores em Maine, que tinham sido internados pelo menos uma vez, nos últimos sete anos foram avaliados e tinham que fazer uma lista, dos fatores mais importantes para o menos importante em seu processo de superação (Ralph, Lambric & Steele, 1996; Ralph & Lambert, 1996).

Ambos os participantes de Ohio e Maine selecionaram os mesmos quatro principais indicadores, conforme listagem de fatores em ordem decrescente:

Indicadores do processo de superação

- 1. A capacidade de ter esperança**
- 2. Confiando em meus próprios pensamentos**
- 3. Aproveitando o ambiente**
- 4. Sentindo-se alerta e vivo**
5. Aumento da auto-estima
6. Sabendo que eu tenho um amanhã
7. Trabalhar e relacionar-se com os outros
8. Aumento da espiritualidade
9. Ter um emprego
10. Ter a capacidade de trabalho



Um grupo de portadores/ usuários em Ohio também desenvolveram um conjunto de indicadores para avaliar o impacto dos profissionais de saúde mental em seu processo de superação e listaram estes indicadores do maior para a menor impacto:

Impacto de posturas dos profissionais sobre o recovery:

1. Incentivar o meu pensamento independente;
2. Tratar-me de uma forma que ajude o meu processo de superação;
3. Tratar-me como um igual no meu projeto terapêutico;
4. Dar liberdade para fazer minhas escolhas e assumir meus próprios erros;
5. Tratar-me acreditando que posso moldar o meu próprio futuro;
6. Ouvir minha opinião e acreditar no que eu digo;

7. Olhar e reconhecer minhas habilidades;
8. Trabalhar comigo para encontrar os recursos ou serviços que eu preciso;
9. Estarem disponíveis para falar comigo quando eu precisar falar com alguém;
10. Ensinar-me sobre os medicamentos que eu estou tomando.

O Projeto Bem-Estar foi um realizado na Califórnia, com o objetivo de definir e explorar os fatores que promovem e dificultam o bem-estar em portadores de transtornos mentais. O projeto envolveu revisão da literatura psiquiátrica relevante; pesquisas de levantamento quantitativo, grupos focais e entrevistas com coleta de histórias (Campbell & Schraiber, 1989).

Os participantes foram entrevistados em hospitais psiquiátricos, centros de saúde especializados, centros de acolhimento, grupos de apoio mútuo e nas ruas. Dos 331 usuários que responderam, 87% foram hospitalizados; Aproximadamente 60 % dos usuários indicaram que poderiam sempre ou na maioria das vezes reconhecer os sinais ou sintomas, quando estão tendo problemas psicológicos (*insight*) e quase metade relataram que eles podem sempre ou na maioria das vezes cuidar do problema antes que se tornem grave. As estratégias mais efetivas relatadas no enfrentamento e busca de ajuda foram:

- 50% anotavam os seus pensamentos ou falavam o problema para fora;
- 52% se alimentavam;
- 52% falavam ao telefone e ou viam os amigos;
- 54% relaxavam, meditavam, faziam caminhadas ou tomavam um banho quente;
- 62% ligavam ou encontravam um profissional de saúde mental.

O papel das relações sociais no processo de superação dos portadores foi estudada por Brier e Strauss (1984) com 20 pacientes que tinham sido hospitalizados por um surto psicótico. Entrevistas iniciais no hospital focaram a coleta do histórico de problemas psiquiátricos de cada pessoa e identificava eventuais relações entre estes problemas e trabalho, amigos e status da família. Os dados sobre as relações sociais durante o período de um ano de follow-up foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas mensais.

Todos os participantes descreveram diversas formas em que as relações sociais eram benéficas, sendo identificadas 12 categorias:

- dividir idéias e pensamentos com outras pessoas;
- ajudar a manter uma clara distinção entre a realidade e as distorções psicóticas;
- obter ajuda com problemas de habitação, financeiro e de transportes;
- aprovação e integração: serem aceitas e respeitadas, proporcionando uma sensação de pertencimento;
- relações antes da internação: manter vínculo com pessoas que conheciam antes da internação, a conexão com a identidade atual e a identidade antes da internação, dando sentido e coesão à existência;
- motivação: recebendo estímulo para alcançar níveis mais elevados de funcionamento profissional e social;
- observar o comportamento dos outros e incorporá-lo em seu próprio comportamento;
- ajuda dos outros alertando na manifestação dos sintomas;
- resolução de problemas: discutindo problemas e receber feedbacks concretos ;
- compreensão empática: ser entendidos por pessoas importantes para eles;
- reciprocidade: tornar-se um parceiro igual, capaz de compartilhar e ser útil aos outros;
- Insight: adquirir uma compreensão mais completa e precisa de si.

Conforme Chamberlin apud Ornelas, J. et. al (2005), atualmente existem inúmeros serviços de saúde mental orientados para o recovery (ROMHP) - Recovery Oriented Mental Health Programme. Estes serviços definem modelos de intervenção baseados em valores e ações como condições norteadoras às suas práticas:

Valores	Ações
Orientação para a pessoa	Reconhecer o portador como um indivíduo capaz, além do papel de doente;
Envolvimento da pessoa	Participação ativa do portador em seu projeto terapêutico

Autodeterminação escolha	Valorizar a autonomia e escolha do portador
Potencial de crescimento	Profissionais orientados sob a perspectiva da esperança, incluindo avaliação da melhora, permitindo que o progresso seja notado, reconhecido e reavaliado.

1.3 Instrumentos de Recovery (Superação)

Alguns autores apontam para a necessidade da criação e utilização de escalas e indicadores que sirvam de parâmetros para a avaliação de intervenções realizadas, como o *recovery* (Almeida, 2002; Alsop, R. & Heinsohn, N, 2005).

Pesquisadores e portadores têm conduzido e criado dispositivos e instrumentos que orientam os profissionais e serviços de saúde mental a auxiliarem seus pacientes em direção ao *recovery* (Fisher & Ahern, 1999; Monteiro & Matias, 2007).

Conforme Ralph et. al. (2000) em “*Can We Measure Recovery*”, os autores comparam e apresentam inúmeras escalas, fazendo uma divisão das escalas que focam o *recovery*, para outras que se relacionam com *recovery*. São descritas 9 escalas de *recovery* e 12 escalas relacionadas ao *recovery*. Dentre as escalas de *recovery* encontra-se: *Crisis Hostel Healing Scale* (1998); *Recovery Assessment Scale* (1995); *Rochester Recovery Inquiry* (1996); *Recovery Interview* (1998); *Recovery Attitudes Questionnaire* (RAQ-7) 1998; *Recovery Attitudes Questionnaire* (RAQ-16) 1988; *Personal Vision of Recovery Questionnaire* (PRVQ) 1998; *Agreement with recovery attitudes Scale* (1996) e *Mental Health Recovery Measure* (MHRM) 1999. Todas as escalas citadas foram criadas com a participação dos usuários.

Além destas citadas, encontram-se outras escalas como: *The Milestones of Recovery Scale* (MORS) (2009) e *The questionnaire about the process of recovery* (QPR) (2009). Em estudo mais recente Chiba & Miyamoto (2009) descrevem atualmente vinte escalas de *recovery*, algumas direcionadas ao processo individual de *recovery* e outras orientadas aos serviços e práticas.

1.4 RAS – *Recovery Assessment Scale*

Dentre estas escalas, destaca-se a *Recovery Assessment Scale* (RAS) pela relevância apresentada em inúmeros estudos de intervenção direcionados ao processo de superação dos portadores (Barbic et al., 2009; Mueser et al., 2006; Oades et al., 2005) em estudos de coorte (Corrigan and Phelan, 2004; Corrigan, 2006; Hendryx et al., 2009) e por demonstrar índices satisfatórios de confiabilidade (McNaught, 2007; Chiba, 2010).

A RAS é uma escala auto-aplicável e foi desenvolvida por Corrigan (1999), a partir da análise de quatro histórias de usuários, aplicada em 35 usuários na Universidade de Chicago, no programa de hospitalização parcial. Esta escala apresenta 41 itens, enfocando quatro categorias: auto-estima, empoderamento, suporte social e qualidade de vida. Cada item da escala possui cinco opções de resposta variando desde concordo plenamente até não concordo. Esta escala apresentou Cronbach's Alpha = 93.

Conforme Corrigan (2006) a RAS apresentou características psicométricas sólidas e conceituais, incluindo as principais dimensões sobre o processo de superação, sendo um instrumento eficiente e confiável à ser utilizado nos serviços de saúde mental.

Desta maneira, dada a importância do processo de superação para a evolução do paciente no contexto atual da saúde mental, busca-se neste estudo utilizar a *Recovery Assessment Scale*, traduzindo-a e aplicando-a com portadores de transtornos mentais, a fim de tornar este instrumento validado para uso no contexto brasileiro, condição ainda não realizada até o momento com nenhuma escala de superação.

2. OBJETIVOS

- Tradução do inglês para o português da escala *Recovery Assessment Scale* (RAS) e sua retrotradução;
- Fazer a adaptação semântica e cultural para o português;
- Verificar a confiabilidade teste-reteste e validade da versão em português da escala *Recovery Assessment Scale* (RAS).

3. MÉTODOS

Nesta seção serão descritos alguns aspectos complementares da metodologia que será descrita em maior detalhe no artigo científico apresentado a seguir.

3.1. Ética

Todos os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

3.2. Descrição dos instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo estão descritos abaixo e serão detalhados no artigo apresentado.

- RAS – *Recovery Assessment Scale* – escala de avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia, auto-aplicável (Corrigan et. al.,1999) - **Anexo 3 (versão original) / Anexo 4 (versão brasileira);**
- WHOQOL- Bref /OMS – *World Health Organizations assessment instrument for quality of life* - escala de qualidade de Vida, auto-aplicável (Fleck, 1999) – **Anexo 5;**
- ILSS-SR - *Independent Living Skills Survey* - Inventário de Habilidades de Vida Independente, preenchida pelo entrevistador (Lima, 2003) – **Anexo 6;**
- SAOF – *Self Assessment of Occupational Functioning* - Questionário de Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional, auto-aplicável (Tedesco, et al. 2010) – **Anexo 7;**
- PANSS - *Positive and Negative Syndrome Scale* - escala das síndromes positiva e negativa, preenchida pelo entrevistador (Kay et al.,1987) – **Anexo 8;**
- CGI - *Clinical Global Impression* - Escala para avaliação do estado clínico do paciente, preenchida pelo entrevistador (Lima, 2007) – **Anexo 9;**
- GAF – *Global Assessment of Functioning* – Escala de avaliação do funcionamento Global, preenchida pelo entrevistador (APA, 2005) – **Anexo 10;**

- Calgary Depression Scale for Schizophrenia - Escala de Depressão de Calgary – (Bressan et al., 1998) – **Anexo 11**;

4. ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO

Estudo de Confiabilidade e Validade da Recovery Assessment Scale (RAS-BR) no Brasil – avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia

Reliability and Validity Study of Recovery Assessment Scale (RAS- BR) in Brazil - evaluation of overcoming suffering ability from schizophrenia patients.

Tiago Ribeiro¹

Cecília Cruz Villares¹

Arthur A. Berberian¹

Larissa Campagna Martini¹

Ary Gadelha¹

Rodrigo A. Bressan¹

1 Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, Brasil.

Rua Machado Bitencourt, 222

Vila Clementino – São Paulo

Cep. 04044-000

Endereço correspondência do autor:

Rua Romário Vidal, 183 – Ap. 406

Foz do Iguaçu – Cep. 85853220

e-mail: tiago.rs@gmail.com

Agradecimentos:

Agradeço a toda equipe técnica do Proesq pelo apoio e contribuição na realização desta pesquisa e a todos os portadores de esquizofrenia que participaram e compartilharam suas vivências e aprendizados.

Resumo

Contexto. O conceito *recovery*, é um processo complexo, individual, de autossuperação, no qual o portador desenvolve uma perspectiva de vida mais esperançosa e realista, desempenhando uma postura mais ativa em seu tratamento e em sua vida. Atualmente no Brasil, não existe nenhum instrumento de *recovery* traduzido e validado para o português. Dentre os instrumentos de *recovery*, destaca-se a *Recovery Assessment Scale* (RAS), auto-aplicável. **Objetivos.** Este trabalho apresenta os resultados da validação e confiabilidade da versão brasileira da *RAS-Recovery Assessment Scale*. **Método.** Para a validação foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Correlação de *Pearson* e confiabilidade teste-reteste. **Resultados.** A aplicação do instrumento foi realizada em 104 pacientes do Proesq-ambulatório de esquizofrenia da UNIFESP. A análise fatorial exploratória (AFE) apresentou KMO de 0,812 e o teste de Esfericidade de *Bartlett's*, foi significativo ($\chi^2 = 654,129$, $df = 231$, $p < 0.000$). O Alfa de *Crombach* apresentou consistência interna de 0,937 para versão completa e 0,878 para a versão reduzida. O teste-reteste ($r = 0,70$) foi considerado satisfatório e significativo $p < 0,001$. **Conclusão.** A partir dos resultados, considera-se a versão brasileira da RAS um instrumento válido e confiável para aferir o processo de superação dos portadores de esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Atitude, autonomia pessoal, qualidade de vida.

Abstract

Background. The concept of recovery means a self overcoming complex process, in which the carrier develops a hopeful and realistic outlook of life, performing a more active stance in your treatment and in your life. Currently in Brazil, there is no recovery tool validated and translated into Portuguese. Among the tools of recovery, there is the Recovery Assessment Scale (RAS), self-administered. **Objectives.** This paper presents the results of the validation and reliability of the Brazilian version of the Recovery Assessment Scale-RAS. **Method.** For validation was performed Exploratory Factor Analysis (EFA) and the Pearson correlation and test-retest reliability. **Results.** The application of the instrument was performed in 104 patients with schizophrenia attended in Proesq's Ambulatory - UNIFESP. The exploratory factor analysis (EFA) presented KMO test of 0.812 and Bartlett's Sphericity was significant ($\chi^2 = 654.129$, $df = 231$, $p < 0.000$). The Cronbach's Alpha showed internal consistency from 0.937 to 0.878 for the full version and the short version. The test-retest reliability ($r = 0.70$) was satisfactory and significant $p < 0.001$. **Conclusion.** According the results, the Brazilian version of the RAS is considered a valid and reliable instrument for measuring the process of overcoming the schizophrenic patients.

Keywords: Schizophrenia, Attitude, Personal Autonomy, Quality of life.

Introdução

O conceito *recovery* na saúde mental ainda é pouco estudado no Brasil, mas já possui grande repercussão em inúmeros países da Europa, EUA e Ásia, demonstrando grande relevância através dos estudos e publicações realizadas, gerando impacto na orientação de serviços de saúde mental e em iniciativas desenvolvidas pelos portadores. O crescente número de relatos de superação, publicações, maior participação dos portadores de esquizofrenia nos serviços de saúde e o crescente envolvimento de profissionais e pesquisadores têm contribuído para uma visão mais benigna sobre o curso da doença, ainda fortemente marcada pelo estigma histórico e social. Estudos longitudinais comprovam que aproximadamente dois terços dos portadores de esquizofrenia conseguem passar pelo *recovery* (Anthony, 2001; Schiff, 2004).

Atualmente na psiquiatria, alguns termos como remissão, reabilitação, e recuperação são utilizados para descrever uma boa evolução da doença. No entanto, nota-se que tais conceitos estão associados a redução ou “ausência” dos sintomas ou estão direcionados à busca do nível pré-mórbido da doença. Em estudos mais recentes, verificam-se evidências de outros domínios associados ao processo de recuperação, como funcionamento social, ocupacional e qualidade de vida (Emsley, R. et. al. 2011). Alguns estudos abordam o *recovery* sob dois enfoques: recuperação da doença e recuperação na doença (Liberman, 2005; Essock, 2009). O primeiro enfoque estaria relacionado ao desfecho clínico, tendo como parâmetros: sintomas, emprego/ trabalho, funcionamento e ajuste social. O segundo enfoque estaria relacionado a um processo contínuo que envolveria aspectos internos, com insight, integração, esperança, autonomia, superação e

empoderamento. Para McGorry (1992), o *recovery* é um conceito mais abrangente e que engloba três aspectos, como sintoma, funcionamento e incapacidade, colocando o indivíduo em uma perspectiva mais ampla de vida, que inclui seus recursos e esforços bem como as contribuições das pessoas em sua rede social.

Conforme Chamberlin (1990) e Schiff (2004), o movimento de *recovery* tem suas raízes em meados dos anos 70, quando um grupo de portadores dos serviços de saúde mental, movidos por sentimentos de indignação e esperança, organizaram-se nos EUA para promoverem mudanças que estavam pautadas em reivindicações políticas em prol dos direitos das pessoas com doença mental. Para a autora, o *recovery* tem como princípios o *empowerment* / empoderamento, autoajuda e o *advocacy*. O *empowerment* refere-se a mudança de atitude, passando da condição de passividade para uma postura mais ativa e participativa na vida e no tratamento; autoajuda seria um tipo de *empowerment* através da qual a pessoa desenvolve nova perspectiva de vida interação com o mundo e o *advocacy* envolve uma condição e ação social do portador em prol de seus direitos e reivindicação política.

Através da análise das definições apresentadas pela *National Summit of Mental Health Consumers and survivors Recovery*, Schiff (2004) identificou três aspectos comuns presentes nas definições de *recovery*: 1. Implica a própria pessoa, acreditando em si mesma; 2. implica o papel social da pessoa, sendo parte ativa na sociedade; 3. implica a forma como o portador se relaciona e interage com o meio.

A palavra *recovery* na língua portuguesa é traduzida como recuperação, que significa reconquista da saúde, do bem estar; volta à vida normal, ao ambiente social ou de trabalho (Houaiss, 2009). No entanto, a vivência relatada pelos portadores de

esquizofrenia parece estar mais relacionada com um processo e não um estado permanente, nem mesmo representa voltar a uma condição anterior, mas passar por uma mudança pessoal na forma de lidar com a vida. Desta maneira, a palavra superação parece demonstrar maior aproximação a este processo, sendo escolhida neste trabalho como tradução a *recovery*.

Este processo envolve a maneira como o portador reage frente a sua vida, experienciando um processo de aprendizado e autosuperação, apesar da vivência dos sintomas, desenvolvendo uma postura mais ativa e uma perspectiva de vida mais saudável e esperançosa, buscando relacionar-se como um indivíduo capaz e não como paciente, marcado exclusivamente pela doença.

Alguns autores apontam para a necessidade da criação e utilização de escalas e indicadores que sirvam de parâmetros para a avaliação de intervenções realizadas, como o *recovery* (Almeida, 2002; Alsop, R. & Heinsohn, N, 2005).

Pesquisadores e portadores têm conduzido e criado dispositivos e instrumentos que orientam os profissionais e serviços de saúde mental a auxiliarem seus pacientes em direção a sua capacidade de superação (Fisher & Ahern, 1999; Monteiro & Matias, 2007).

Conforme Ralph et. al. (2000) em “*Can We Measure Recovery*” são apresentadas nove escalas específicas de *recovery* e mais dez escalas relacionadas a este constructo. Em estudo mais recente Chiba & Miyamoto (2009) descrevem atualmente vinte escalas de *recovery*, algumas direcionadas ao processo individual e outras orientadas aos serviços e práticas. Dentre estas escalas, destaca-se a *Recovery Assessment Scale* (RAS) pela relevância apresentada em inúmeros estudos de intervenção (Barbic et al., 2009; Mueser et al., 2006; Oades et al., 2005)

em estudos de coorte (Corrigan and Phelan, 2004; Corrigan, 2006; Hendryx et al., 2009) e por demonstrar índices satisfatórios de confiabilidade (McNaught, 2007; Chiba, 2010).

A RAS é uma escala auto-aplicável e apresenta 41 itens em sua versão completa e 24 itens em sua versão reduzida, apresentando Alpha de Cronbach = 93.

Conforme Corrigan (2006) a RAS apresentou características psicométricas sólidas e conceituais, incluindo as principais dimensões sobre o processo de superação, sendo um instrumento eficiente e confiável à ser utilizado nos serviços de saúde mental.

Desta maneira, dada a importância do processo de superação para a evolução do paciente no contexto atual da saúde mental, busca-se neste estudo utilizar a *Recovery Assessment Scale*, traduzindo-a e aplicando-a com portadores de transtornos mentais, a fim de tornar este instrumento validado para uso no contexto brasileiro, condição ainda não realizada até o momento com nenhuma escala de superação.

Dentre os principais objetivos deste estudo estão: tradução do inglês para o português da *Recovery Assessment Scale* (RAS) e sua retrotradução; fazer a adaptação semântica e cultural; verificar a confiabilidade teste-reteste da versão completa e reduzida, em português, da RAS e sua validade.

Métodos

Este estudo foi desenvolvido no PROESQ - Ambulatório de Esquizofrenia da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), integrando um projeto interdisciplinar, em que todos os participantes foram submetidos a uma entrevista

psiquiátrica, neuropsicológica, de terapia ocupacional e realização de exames clínicos (sangue, DNA, e neuroimagem).

Todos os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Para o estudo de validação e confiabilidade da RAS (Recovery Assessment Scale) a amostra foi composta por 104 pacientes, diagnosticados com esquizofrenia, segundo o DSM-IV, com idade entre 16 e 68 anos, que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Para o estudo de confiabilidade teste reteste foram avaliados 45 pacientes.

RAS (Recovery Assessment Scale)

A *Recovery Assessment Scale* (RAS) foi desenvolvida por Corrigan et. al. (1999), a partir da análise de quatro histórias de usuários, tendo sido aplicada em 35 usuários na Universidade de Chicago, no programa de hospitalização parcial.

A versão original da RAS possui 41 itens, dividida em cinco dimensões: 1) Autoconfiança e esperança; 2) Vontade de pedir ajuda; 3) Objetivos pessoais e perspectiva de melhora; 4) Confiança nos outros e 5) Não se dominar pelos sintomas. A escala é auto-aplicável e os itens são pontuados conforme a escala *Likert* de 1 a 5 (discordo plenamente= 1; discordo= 2; não tenho certeza= 3; concordo=4 e concordo plenamente=5). Quanto maior a pontuação, melhor é a percepção e perspectiva do portador sobre o seu processo e capacidade de superação. No estudo de validação da versão completa, foi demonstrado que a

versão reduzida composta por 24 itens foi considerada suficiente para aferir o processo de *recovery* (Corrigan, P.W. et al 2004). Em estudo mais recente, Corrigan, P.W. (2008) considera e indica a utilização da versão reduzida com 22 itens, a qual será utilizada neste estudo.

Neste estudo foi escolhido a aplicação e validação das versões completa e reduzida.

Conforme estudos de validação da RAS, foram utilizados instrumentos de funcionalidade, qualidade de vida e sintomas para a realização da validade concorrente. Desta maneira optou-se pelo mesmo critério neste estudo, incluindo-se a ILSS –SR, SAOF, Whoqol- Bref e outros instrumentos da avaliação psiquiátrica como PANSS, CGI, GAF e Escala de Depressão de Calgary.

WHOQOL – Bref

Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL- Bref / OMS): é um instrumento estruturado, auto-aplicável, com 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

ILSS - SR

Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-SR): avalia 10 domínios (aparência e vestuário, higiene pessoal, cuidado com os objetos pessoais, preparo e armazenamento dos alimentos, saúde, administração do dinheiro, transporte, lazer, emprego e manutenção do trabalho) através de 62 itens respondidos pelo paciente e 9 itens preenchidos pelo entrevistador.

SAOF

Questionário de Auto-avaliação do Funcionamento Ocupacional – SAOF: é um instrumento estruturado, auto-aplicável, composto de 32 itens, com o objetivo de avaliar a percepção do paciente sobre seu funcionamento ocupacional nos seguintes papéis: estudante, amigo, familiar, hobby e sustento do lar.

Outros Instrumentos

Neste estudo foram incluídos os seguintes instrumentos, utilizados na avaliação psiquiátrica para o estudo interdisciplinar do Proesq (Programa de Esquizofrenia):

- PANSS - Escala das síndromes positiva e negativa - *Positive and Negative Syndrome Scale* – PANSS, preenchida pelo entrevistador;
- CGI - *Clinical Global Impression*: escala para avaliação do estado clínico do paciente, preenchida pelo entrevistador;
- GAF – *Global Assessment of Functioning*: instrumento em que o entrevistador pontua de 0-100 o nível de funcionamento psicológico, social e ocupacional do paciente;
- Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE): instrumento que avalia sintomas depressivos em esquizofrenia;

Os entrevistados foram orientados sobre a proposta da escala e ficavam acompanhados pelo pesquisador durante a aplicação, a fim de garantir um melhor entendimento dos mesmos sobre possíveis dúvidas na escala. O tempo de

aplicação da RAS apresentou média de 7,6 min, variando de 4 minutos a 15 minutos.

Confiabilidade Teste- reteste

Para o estudo de confiabilidade, o período de tempo entre o teste-reteste da RAS foi de 15 dias.

Tradução e Adaptação Cultural

A tradução e adaptação transcultural da RAS original foi realizada de forma padronizada, de acordo com a seguinte sequência: 1. Tradução inicial: os itens da versão em inglês da RAS foram traduzidos conceitualmente para a língua portuguesa por um profissional de saúde, bilíngue, independente, brasileiro e ciente do objetivo desta pesquisa. 2. A tradução inicial foi vertida para o inglês por um tradutor bilíngue, independente, ciente do objetivo da pesquisa. Posteriormente, a retrotradução foi comparada com o instrumento original, indicando a equivalência semântica e reconciliação dos itens traduzidos. Para a realização da equivalência idiomática (expressões equivalentes não encontradas) e equivalência conceitual (validade do conceito explorado), alguns termos foram substituídos por outros, similares, pelo fato dos itens originais não se enquadrarem no linguajar habitual da população brasileira.

Estudo Piloto

Como objetivo de qualificar o processo de adaptação cultural e atingir consenso dos conceitos abordados pela RAS, foi realizado um estudo piloto em um

grupo de 12 pacientes do PROESQ (Programa de Esquizofrenia), convidados aleatoriamente.

Neste encontro pontual, no formato de um grupo focal, os pacientes responderam a escala e em seguida expuseram suas impressões sobre a escala e sobre os itens respondidos. A partir do registro sobre a impressão dos participantes, foi decidido realizar uma formatação visual da escala, colocando-se em cada item, as opções de resposta com sua respectiva numeração, para facilitar a visualização e melhor preenchimento pelos participantes. Outro aspecto incluído a partir do grupo piloto foi a elaboração de um enunciado explicativo sobre a escala, com uma breve definição do tema e a substituição do termo em inglês *recovery*, pela palavra recuperação, que posteriormente foi alterada pela palavra superação.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas com o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Em seguida foi utilizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) considerando toda a amostra e rotação oblíqua, com intuito de verificar se a bateria de testes utilizados, de fato, pode ser organizado em cinco facetas latentes independentes. Fatores com autovalores (*eigenvalues*) maiores do que 1 foram extraídos e cargas fatoriais acima de 0,40 foram consideradas como relevantes. A análise descritiva, incluindo média, frequências e desvios-padrão foi calculada para todos os dados sociodemográficos. A alfa de *cronbach* foi utilizado para obter um escore global de consistência interna.

Foram identificados e eliminados do grupo de pacientes (N=5) outliers multivariados, para atingir a normalidade, obtendo-se um total de (N= 99) sujeitos.

Para a busca por evidências de validade concorrente, foi utilizada a correlação de Pearson ($p < 0.05$).

Resultados

A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos da amostra. Houve um predomínio de indivíduos do sexo masculino (68,3%) em relação ao sexo feminino (31,7%). Os participantes apresentaram idade entre 16 e 68 anos, com predominância de 57,7% na faixa de 29 e 48 anos (média = 37,4, S.D. = 11,058). Em relação ao estado civil, 73,1 % eram solteiros e 11,5% viviam com um (a) companheiro (a). No item “com quem mora”, 58,7% moravam com os pais e 2,9% moravam sozinhos. Quanto ao aspecto da “ocupação atual”, 62,5% eram desempregados e 17,3% tinham algum emprego registrado e não registrado. Em relação ao número de internações psiquiátricas, 81,7 % tiveram de 0 a 5 internações (média = 2,13, S.D. = 3,126). O início da doença apresentou valores semelhantes na faixa etária de 6 a 20 anos de doença (37,5%) e de 21 a 29 anos (38,5%) com média de 22,78 anos (S.D. = 6,855).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos (Amostra n= 104)

	N	%	Mean	S.D.
Sexo	104	100		
Homens	71	68,3		
Mulheres	33	31,7		
Idade	****	****	37,40	11,058
16 – 28	22	21,2		
29 - 48	60	57,7		
49 – 68	15	14,4		
Missing	7	6,7		
Estado civil	****	****		
Solteiro	76	73,1		
União Estável	12	11,5		
Separado/ Divorciado	6	5,8		
Viúvo	1	1		
Missing	9	8,7		
Com quem mora	****	****		
Sozinho	3	2,9		
Companheiro	14	13,5		
Pais	61	58,7		
Outros	17	16,3		
Missing	9	8,7		
Ocupação Atual	****	****		
Desempregado	65	62,5		
Empregado registrado	5	4,8		
Empregado não registrado	13	12,5		
Estudante	2	1,9		
Outro	7	6,7		
Missing	12	11,5		
Número de Internações	****	****	2,13	3,126
0 a 5	85	81,7		
5 a 10	6	5,8		
10 a 15	4	3,8		
Missing	9	8,7		
Idade de início da doença	****	****	22,78	6,855
6 a 20 anos	39	37,5		
21 a 29 anos	40	38,5		
30 a 41 anos	13	12,5		
Missing	12	11,5		

Confiabilidade

A análise da confiabilidade da escala RAS, demonstrou Alfa de Cronbach de 0,937 para a versão completa com 41 itens, e Alfa de Cronbach de 0,878 para a versão reduzida com 22 itens. A análise de correlação teste-reteste, apresentou valor $r = 0,70$ considerado satisfatório e significativo $p < 0,001$. O Alfa de Cronbach para o reteste foi de 0,94.

Validade Concorrente

A validade concorrente foi examinada pela comparação do escore global da RAS versão completa e versão reduzida com as escalas SAOF, ILSS, PANSS, Calgary, GAF, CGI, WHOQOL- bref.

Destaca-se abaixo na tabela 2, as correlações obtidas para cada escala comparada: WHOQOL ($r = 0,579$; $p < 0,001$), SAOF ($r = 0,397$; $p < 0,001$), GAF ($r = 0,273$; $p < 0,009$), ILSS ($r = 0,243$; $p < 0,02$), CGI ($r = -0,305$; $p < 0,003$), Calgary ($r = -0,266$; $p < 0,01$), PANSS total ($r = -0,214$; $p < 0,05$), PANSS negativa ($r = -0,282$; $p < 0,007$) e PANSS positiva ($r = -0,82$; $p = 0,437$). Destaca-se a escala Whoqol, em relação as demais, pois apresentou maior correlação para a RAS total, como também para os fatores 1, 2, 4 e 5, embora esta correlação seja considerada mediana.

Tabela 2 – Correlação de Pearson da RAS com escalas utilizadas

	CGI	GAF	Escore total panss	Escore escala negativa	Escore escala positivo	Escore calgary	WHO-QOI resultado total	ILSS resultado total	SAOF resultado total final
Ras 1	-0,277*	0,303**	-0,228	-0,311**	-0,123	-0,075	0,598**	0,053	0,207
Sig. (2-tailed)	0,016	0,009	0,051	0,007	0,292	0,522		0,636	0,062
N	75	74	74	75	75	75	81	83	82
Ras 2	-0,142	0,104	-0,116	-0,117	-0,065	-0,130	0,445**	0,164	0,345**
Sig. (2-tailed)	0,177	0,322	0,272	0,265	0,539	0,216		0,101	
N	92	92	91	92	92	92	98	101	100
Ras 3	-0,162	0,180	-0,023	-0,210	0,035	0,090	0,157	0,003	-0,018
Sig. (2-tailed)	0,128	0,091	0,827	0,047	0,743	0,401	0,127	0,973	0,857
N	90	89	89	90	90	90	96	99	98
Ras 4	-0,253*	0,150	-0,138	-0,071	-0,157	-0,166	0,484**	0,214	0,264*
Sig. (2-tailed)	0,019	0,167	0,208	0,514	0,150	0,127		0,038	0,010
N	86	86	85	86	86	86	92	95	94
Ras 5	-0,277**	0,188	-0,242*	-0,182	-0,188	-0,137	0,510**	0,221*	0,413**
Sig. (2-tailed)	0,009	0,081	0,024	0,089	0,080	0,202		0,031	
N	88	87	87	88	88	88	92	95	94
Ras total	-0.305	0.273	-0.214	-0.282	-0.83	-0,266	0.579	0.243	0.397
Sig. (2-tailed)	0.003	0.009	0.043	0.007	0.437	0,011		0.015	
N	91	90	90	91	91	91	97	100	99

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

O estudo da validade da escala RAS, foi realizado através da análise fatorial exploratória (AFE), apresentando Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,812, demonstrando uma ótima adequacidade da análise fatorial. O Teste de Esfericidade de Bartlett's, usado para examinar a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população foi significativo ($x = 654,129$, $df = 231$, $p < 0.000$).

Conforme a tabela 3, verifica-se que o Fator 1 (Autoconfiança e esperança) explicou 77,27% da variância, com 17 itens. Os demais fatores apresentaram a

soma total das porcentagens: fator 2: 4,54% , fator 3: 4,54%, fator 4: 4,54% e fator 5: 6,37%.

Tabela 3 – Fatores derivados da AFE da versão brasileira da RAS

Nº	Itens	Fatores					
		1	2	3	4	5	6
Fator 1 – Autoconfiança e esperança							
01-	Tenho vontade de ter sucesso	,658			-,389		
02-	Tenho minha própria maneira de como ficar e permanecer bem	,643					
03-	Tenho objetivos na minha vida que desejo alcançar	,664	-,308				
04-	Acredito que posso alcançar meus atuais objetivos pessoais	,666	-,398				
05-	Tenho um propósito de vida	,676	-,319				
06-	Mesmo quando não estou preocupado comigo, alguém está	,442		,337			
11-	O medo não me impede de viver da maneira que eu quero	,610					
14-	Consigo lidar com o que acontece na minha vida	,669					
15-	Eu gosto de mim mesmo	,637	-,376				
20-	Tenho ideia da pessoa que quero me tornar	,613					-,322
22-	Algo bom está para acontecer	,616					-,449
24-	Sou esperançoso quanto ao futuro	,743					
27-	Enfrentar a minha doença mental é, sem dúvida, o maior foco da minha vida	,519		,500	,315		
30-	Eu sei quando pedir ajuda	,637	,345				
32-	Peço ajuda quando preciso	,528				-,456	,349
37-	Tenho pessoas com quem posso contar	,508			-,499	,320	
39-	Mesmo quando não acredito em mim, alguém acredita	,543	,440		-,333		
Fator 2 – Vontade de pedir ajuda							
36-	Consigo lidar com o estresse	,461	,464				
Fator 3- Objetivos pessoais e perspectiva de melhora							
31-	Estou com vontade de pedir ajuda			,717			
Fator 4- Confiança nos outros							
29-	Meus sintomas parecem ser um problema cada vez menor, à medida que eles ocorrem	,418	,334	-,369	,514		
Fator 5- Não se dominar pelos sintomas							
28-	Meus sintomas interferem cada vez menos na minha vida	,429	,401		,427	,440	
40-	É importante ter muitos amigos	,333		,391		,515	,364

Discussão

A versão brasileira da RAS mostrou alta consistência interna tanto para a versão completa (41 itens), como para a versão reduzida (22 itens). Estes dados são comparados aos estudos de validação da RAS (Corrigan et al., 1999; 2004; McNaught et al., 2007 e Chiba et al., 2010). O teste-reteste mostrou-se satisfatório, significativo e com alta consistência interna.

Os resultados da matriz de correlação mostraram uma carga fatorial predominante no fator 1 “autoconfiança e esperança”, consoante aos estudos de validação da RAS (Corrigan et al., 1999; 2004; McNaught et al., 2007 e Chiba et al., 2010), o que corrobora para a importância desta dimensão na escala e sua relação com o processo de superação dos portadores. Outra semelhança da versão brasileira com os estudos citados foi na distribuição da carga fatorial em cinco fatores. No entanto verificou-se uma distribuição diferente em alguns itens da escala entre os cinco fatores encontrados.

Este estudo apresentou limitações relacionadas ao tamanho da amostra utilizada, $n = 104$, menor ao que se espera em relação ao número de variáveis da escala, a fim de possibilitar uma melhor diferenciação dos fatores avaliados na mesma e em comparação aos estudos de validação já realizados com a RAS.

Ressalta-se que o aspecto cultural da amostra brasileira, pode refletir nas diferentes formas dos portadores se relacionarem com a doença, sintomas, relações familiares e conseqüentemente sobre as estratégias de apoio que desenvolvem ou consideram como importantes (Warner, 1985).

Outro aspecto a ser ressaltado sobre a amostra está relacionado à gravidade da doença e a baixa crítica de alguns portadores sobre sua própria doença, sendo

considerado um possível viés de interpretação e resposta. Verificou-se que a presença do entrevistador no momento da aplicação da RAS foi uma condição otimizadora para esclarecimentos e dúvidas que poderiam surgir por parte dos entrevistados.

A análise da correlação de Pearson demonstrou nível significativo para a maioria das escalas utilizadas e correlação positiva mediana com a escala WHOQOL- bref de qualidade de vida, como também nos demais fatores isolados da mesma. Esta correlação pode ser explicada por Young & Ensing (1999) e Deegan (1999) que referem aspectos de mudanças positivas tanto no âmbito pessoal como social na vida do portador, contribuindo para uma maior satisfação com sua própria vida. Além da Whoqol – bref, verificou-se uma correlação mediana e significativa entre a RAS, no fator 5 (não se dominar pelos sintomas) com a SAOF.

Em relação as escalas GAF e ILSS, a correlação foi significativa, mas mostrou-se baixa. Tal fato pode estar relacionado com o contexto dos entrevistados, sendo que 58,7% moravam com os pais e 13,5% com o (a) companheiro (a), somando 72,2% da amostra e que desta maneira poderiam apresentar-se dependentes para algumas atividades de vida diária e estarem desempregados (62,5%). A correlação da RAS com as escalas Panss e Calgary foi negativa e mostrou-se baixa, necessitando maiores estudos entre a RAS brasileira com estas escalas. Outros estudos de validação da RAS confirmam esta correlação dada que, quanto maior a intensidade dos sintomas negativos e positivos vivenciados pelo portador, menor seria sua capacidade de autossuperação, desempenho de seus papéis ocupacionais e desenvolvimento de uma perspectiva de vida mais positiva. (Corrigan et al., 1999; 2004; McNaught et al., 2007 e Chiba et al., 2010).

A partir do estudo realizado, considera-se que a versão brasileira da RAS é um instrumento válido e confiável para aferir as dimensões da capacidade de superação dos portadores de esquizofrenia, tanto em sua versão reduzida, como em sua versão completa.

Por se tratar de uma medida processual, ligada a aspectos intrínsecos sobre a experiência de portadores de esquizofrenia (Chamberlin, 1990 2005; Deegan, 1999; Monteiro e Matias 2007), a versão brasileira da RAS pode ser indicada como protocolo para serviços de saúde mental, orientados ao processo de desenvolvimento da capacidade de superação de portadores, como instrumento norteador, podendo ser usado em grupo ou individualmente, a fim de contribuir em propostas terapêuticas e de educação, além de avaliar a evolução e perspectiva do portador ao longo de seu tratamento.

Destaca-se o potencial avaliativo da RAS sobre a capacidade de superação dos portadores, constituindo uma foto do momento de vida e perspectiva que o mesmo possui. Faz-se necessário então, testar se níveis elevados dos fatores da RAS poderiam prever melhor resposta a intervenções psicossociais aos portadores de esquizofrenia.

A relação entre a capacidade de superação e o desempenho funcional encontra-se ainda incipiente, necessitando-se de maiores estudos de intervenção para buscarmos maiores evidências.

A partir da validação da RAS- BR: versão brasileira da escala de avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia, poderão ser desenvolvidas mais pesquisas e estratégias junto aos profissionais para inseri-la ao cotidiano dos serviços de saúde mental por tratar-se de um instrumento útil, inédito e

de fácil utilização, favorecendo a cultura sobre o empoderamento e a valorização da experiência e capacidade de superação do portador.

Referências

Almeida PF, Escorel S. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: Um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ; *Tese de Mestrado em Ciências da Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ*; 2002.

Alsop R, Heinsohn N. Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators, World Bank, Washington DC; 2005.

Anthony WA. The need for recovery-compatible evidence based practices. *Mental Health Weekly*, November 5, 2001; 5.

Barbic S, Krupa T, Armstrong I. A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatr Serv.* 2009; 60 (4), 491–497.

Chamberlin J. The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The J of Mind and Behavior* 11 (3&4); 1990; 323-336.

Chamberlin J. A defesa dos direitos das pessoas com doença mental: Desenvolvimento de uma perspectiva de direitos humanos. Lisboa: Edições AEIPS. 2005, p.45-56.

Chiba R, Miyamoto Y. Seishin sikkan wo yuusuru hito no rikabarini Kanrensuru shakudo no bunken rebyu- [A literature review of the scales regarding recovery for people with mental illness]. J. Jpn. Acad. Nurs. Sci. 2009; 29 (3).

Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N. Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 314–322.

Corrigan PW. Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the stigma of Mental Illness; Illinois Institute of Technology. 2008.

Corrigan PW. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities; *Rev. Psychiatric services*; v.57; 2006.

Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment. Health J.* 2004; 40 (6), 513– 523.

Corrigan PW et al; Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30.

Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M e Okeke I. Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal.* 1999; 35(3): 231-239.

Deegan P. Recovery, uma viagem do coração. In. J. Ornelas (Ed) *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Edições AEIPS; 1999.

Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloeny K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *J. Curr Opin Psychiatry*; 2011 Mar;24(2):114-21.

Essock S, Sederer L. *Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 2 pp. 279–281, 2009.

Fisher D, Ahern L; Personal assistance in Community Existence. *National Empowerment Center Int*; 1999.

Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2009; 36 (3), 320–329.

Houaiss IA. Dicionário eletrônico da língua portuguesa; versão 3.0; Editora Objetiva; 2009.

Liberman R, Kopelowicz A. Recovery from Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *Psychiatric Services*; 2005, 56: 735–742.

McGorry P. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1992, 26(1), 3–17.

McNaught M, Caputi P, Oades LG, Deane FP. Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian sample. *Aust. NZ J. Psychiatry*; 2007; 41 (5), 450–457.

Monteiro FJ, Matias J. Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*; 2007; (1) 111-125.

Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The illness management and recovery program: rationale, development and preliminary findings. *Schizophr. Bull.* 2006 (32): 32– 43.

Oades L, Deane F, Crowe T, Lambert WG, Kavanagh D, Lloyd C. Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australas. Psychiatr.* 2005; 13 (3): 279–284.

Ralph R, Kidder K, Phillips D. *Can We Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments*. Human Services Research Institute; 2000: 1-121;

Schiff A. Recovery and Mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2004; 27(3): 212-218.

Warner R. Recovery from schizophrenia: psychiatric and political economy. London. Routledge and Kegan Paul. 1985.

Young S L, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. (1999), 22(3), 219-231.

5. CONCLUSÃO

Verificou-se neste trabalho que a RAS- BR: versão brasileira da escala de avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia é um instrumento válido e confiável para aferir as dimensões a que se propõem, tanto em sua versão reduzida, como em sua versão completa.

A partir da validação desta escala poderão ser desenvolvidas novas pesquisas e estratégias junto aos profissionais para inseri-la ao cotidiano dos serviços de saúde mental por tratar-se de um instrumento útil, inédito e de fácil utilização, favorecendo a cultura sobre o empoderamento e a valorização da experiência e capacidade de superação do portador.

O conhecimento deste tema pode gerar mudanças positivas na maneira como os profissionais entendem e lidam com o transtorno mental de seus pacientes e assim auxiliá-los a superar suas limitações e estigmas que vivenciam. Como já realizado em outros países, a educação e compreensão deste tema por parte dos profissionais, portadores e serviços de saúde mental, pode auxiliar na criação de melhores dispositivos e intervenções clínicas e conseqüentemente sociais aos portadores de esquizofrenia.

6. REFERÊNCIAS

Almeida, P. F.; Escorel, S.; O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: Um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ; *Tese de Mestrado em Ciências da Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ*; 2002.

Alsop, R., and Heinsohn, N.; 'Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators', World Bank, Washington DC; 2005.

Amarante, P. & Torres, E. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001, 6:26-34.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4th ed. Porto Alegre: Artmed. 1995.

Anthony, W.A. The need for recovery-compatible evidence based practices. *Mental Health Weekly*, November 5, 2001; 5.

Bandeira, M; Lima, LA; Gonçalves, S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). *Rev. Psiq. Clín.* 2003; 30(4):121-125.

Barbic, S., Krupa, T., Armstrong, I. A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatr. Serv.* 2009; 60 (4), 491–497.

BASCH, C. E. Focus group interview: a underutilized reserch techniqe for improving theory and practice in health education. *Health Educ Q.* 1987; vol. 14; 4: 411-48.

Becker, D. et al.; *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*; *Ciência & Saúde Coletiva*; 2004; 9(3):655-667.

Bellack, A.S.; Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications; *Schizophrenia Bulletin*. 2006; vol.32; 3: 432-442.

Breier, A., & Strauss, J. S. The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1984; 141(8), 949-955.

Bressan, R.A.; A depressão na esquizofrenia; *Rev Bras Psiquiatr*.2000; 22(Supl I):27-30.

Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I, Mari JJ. Validity study of the Brazilian version of the calgary depression scale for schizophrenia. *Schizophr Res*. 1998; 32: 41-9.

Campbell, J. (1993). The Well-Being Project: Mental health clients speak for themselves. *Proceedings: Third Annual Mental Health Services Research and Evaluation Conference* Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.

Cardoso CS. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS [*Dissertação de Mestrado*]. Belo Horizonte: Escola de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

Carvalho, S. R.; Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde; *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(4):1088-1095.

Chaves, A.C.; Mari, J. J.; Shirakawa, I.; Gênero, Sintomas e Desempenho Social na Esquizofrenia; Em: Chaves, A.C.; Mari, J. J.; Shirakawa, I. (Eds.) *Desafio da Esquizofrenia*; Lemos Editorial; São Paulo –SP. 2001; 103 - 117;

Chamberlin, J. The Ex-Patients’ Movement: Where We’ve Been and Where We’re Going. *The Journal of Mind and Behavior* 11 (3&4); 1990; 323-336.

Chiba, R., Miyamoto, Y. Seishin sikkan wo yuusuru hito no rikabarini Kanrensuru shakudo no bunken rebyu- [A literature review of the scales regarding recovery for people with mental illness]. J. Jpn. Acad. Nurs. Sci. 2009; 29 (3).

Corrigan, P.W.A. Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the stigma of Mental Illness; Illinois Institute of Technology. 2008;

Corrigan, P.W.; Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities; *Rev. Psychiatric services*; v.57; 2006.

Corrigan, P.W., Phelan, S.M. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment. Health J.* 2004; 40 (6), 513– 523.

Corrigan, P.W. et al; Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30.

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal*. 1999; 35(3): 231-239.

DeMasi, M. E., Markowitz, F. E., Videka-Sherman, L., Sofka, C., Knight, E. L., & Carpinello, S. E.; Specifying dimensions of recovery. *Proceedings: 6th Annual National Conference on State Mental Health, Agency Services Research and Program Evaluation*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Research Institute; 1996.

Deegan, P. Recovery, uma viagem do coração. In. J. Ornelas (Ed) *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Edições AEIPS; 1999.

Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *J. Curr Opin Psychiatry*; 2011 Mar;24(2):114-21.

Essock, S., Sederer, L. *Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 2 pp. 279–281, 2009.

Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*; 1999; 21:19-28.

Fisher, D. & Ahern, L; Personal assistance in Community Existence. *National Empowerment Center Int*; 1999.

Furnham A, Rees J. Lay theories of schizophrenia. *Int J Soc Psychiatr*; 1988; 34 (3): 212-220

Greenley, D, & Jacobson, N. What is recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*; 2001; 52: 482-485.

Hansson, L.; Björkman, T.; Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale; Nordic College of Caring Sciences, *Scand J Caring Sci*; 2005.

Hendryx, M., Green, C.A., Perrin, N.A. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2009; 36 (3), 320–329.

Hills M & Mullett J. *Community based research and evaluation. Collaborative action for health and social change – a Workbook*; University of Victoria; 2002.

Houaiss, I.A.; Dicionário eletrônico da língua portuguesa; versão 3.0; Editora Objetiva; 2009.

Jeffrey L. A National Survey of "Consumer Empowerment" at the State Level; *Psychiatric Serv.* 1998; 49:498-503.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2), 261-76.

Lai YM, Hong CH, Chee CYI. Stigma of mental illness. *Singapore Med J*; 2000; 42 (3): 111-114.

Laverack G & Labonte R. A planning framework for community empowerment goals with in health promotion. *Health Policy Plan*; 2000; 15(3):255-262.

Liberman, R. and Kopelowicz, A. Recovery from Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *Psychiatric Services*; 2005, 56: 735–742.

Lima L.A, Bandeira M, Gonçalves S. Validação transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente para pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). *J Bras Psiquiatr*. 2003; 52(2):143-53.

Lima MSD, Garcia B, Soares BGO, Paoliello G, Vieira RM, Martins CM, Mota JI, Ferrão, Y, Schirmer, DA, Volpe FM. The Portuguese version of the Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale: validation study; Versão em português da Impressão Clínica Global - Escala de Esquizofrenia: estudo de validação. *RBP Psychiatry*; 2007; 29: 246-249.

Mari, J.J.; Leitão, R.J.; A epidemiologia da esquizofrenia; *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:15-7.

Marshall, S.L.; Crowe, T.P.; Oades, L.G; Deane, F.F.; Kavanagh, D.J.; A Review of consumer Involvement in evaluations of case management: consistency with a recovery paradigm; *Psychiatric Services*; 2007; 58 (3).

McNaught, M., Caputi, P., Oades, L.G., Deane, F.P.; Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian sample. *Aust. NZ J. Psychiatry*; 2007; 41 (5), 450–457.

McGorry, P. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1992, 26(1), 3–17.

Menezes, P. R.; Nascimento, A. F.; Curso e Prognóstico da Esquizofrenia após a Hospitalização; Em: Chaves, A.C.; Mari, J. J. Shirakawa, I. (Eds.) *Desafio da Esquizofrenia*; p. 67 a 83; Lemos Editorial; São Paulo –SP; 2001.

Monteiro, F.J; Matias, J.; Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*; 2007; (1) 111-125.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M., Salyers, M.P; The illness management and recovery program: rationale, development and preliminary findings. *Schizophr. Bull.* 2006 (32): 32–43.

Mueser KT, McGurk S. Schizophrenia. *The Lancet* . 2004; 363: 2063-72.

NIDA, Eugene A. (). *Toward a Science of Translating*. Leiden, EJ. Brill; 1964; 331.

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W.G., Kavanagh, D., Lloyd, C. Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australas. Psychiatr.* 2005; 13 (3): 279–284.

Oakley, P.; Clayton,A.; *Monitoramento e Avaliação do Empoderamento*; Ed.Intrac; 1ª Ed traduzida para português; 2003.

Ornelas, J., Monteiro, F.J; Moniz, M.J.V.; Duarte, T. Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares; A implementação de programas orientados para o recovery: domínios cruciais; p.19 (Chamberlin, et al); Editora AEIPS; 1ª Ed. 2005;

Pantelis,C.; Curson, DA; The assesment of social behavior. In: The assesment of psychoses. A pratical handbook; 1994: 135-153.

Ralph, R. *Development of an Instrument to measure Recovery*. Maine, MA. Human Services Research Institute; 2001.

Ralph, R. O., & Lambert, D.; *Needs assessment survey of a sample of AMHI consent decree class members*. Portland, ME: Edmund S. Muskie Institute of Public Affairs, University of Southern Maine; 1996.

Ralph, R. O., Lambric, T. M., & Steele, R. B. Recovery issues in a consumer developed evaluation of the mental health system. *Proceedings: Fifth Annual National Conference on Mental Health Services Research and Evaluation*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Research Institute; 1996.

Ralph, R; Kidder, K; Phillips, D. *Can We Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments*. Human Services Research Institute; 2000: 1-121;

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto contexto - enferm*. 2008; 779-786.

Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int*; 1994; 9:39-47.

Rogers et. al. A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services; *Rev. Psychiatric Services*; 1997 (97).

Sacardo, D. P; Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde; *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, SP; Brasil; 2004 (28): 4-13.

Schiff, A. Recovery and Mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2004; 27(3): 212-218.

SILVA, A. C. S. *Reformando a Vida: o Desafio na Inserção Social e na Construção da Cidadania de Usuários de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PUC. 2000.

Tedesco, S. A.; Citero, V.A.; Martins, L.A.N.; Iacoponi, E.; Tradução e Validação para o português brasileiro da escala de Autoavaliação do funcionamento ocupacional; *Rev. O mundo da Saúde*, 2010; 34 (2): 230- 237;.

Young, S. & Ensing,D. Exploring Recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1999; 22 (3):219-231.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*; 1992; 6:197-205.

Warner, R. Recovery from schizophrenia: psychiatric and political economy. London. Routledge and Kegan Paul. 1985.

Werner, O., & Campbell, D. T. Translation, wording through interpreters, and the problem of decentering. In R. Naroll & R. Cohen (Eds.), *A handbook of method in cultural anthropology*; New York: Natural History Press; 1970; pp. 398–420.

WORLD BANK GROUP/ EMPOWERMENT. *What is empowerment?/About Us*. Disponível em: www.worldbank.org. Acessado em: 18 set. 2004.

World Health Organization. *Glossary of health promotion terms*. Geneva: World Health Organization/ Division of Health Promotion, Educations and Communications/Health Education and Health Promotion Unit; 1998.

Wowra, S.A.; McCarter, R.; Validation of the empowerment Scale with an outpatient mental Health Population; *Rev. Psychiatric services*; 1999; (50) 7.

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Investigação da região cromossômica 22q11.2 na patogênese de alterações cardíacas e da esquizofrenia.

O objetivo deste trabalho é a avaliação de pacientes com cardiopatia conotruncal, esquizofrenia e fenótipo clínico da síndrome de deleção 22q11.2, por meio de um estudo clínico cardiológico, psiquiátrico e fenotípico detalhado além do estudo laboratorial, neuroestrutural e genético.

Quanto aos aspectos cardiológicos será realizada avaliação completa de todos os pacientes com exame clínico, eletrocardiograma, radiografia simples de tórax, ecocardiograma.

A investigação psiquiátrica será realizada por meio de questionários e quando necessário será realizada uma investigação de alterações neuroestruturais que possam predispor para o surgimento da esquizofrenia por meio da análise do volume cerebral total, volume da substância branca, da substância cinzenta e do lobo frontal e integridade dos principais feixes de substância branca.

Quanto aos aspectos genéticos serão estudados a perda de um segmento do cromossomo 22 por bandamento G e por MLPA e a presença de mutações nos genes COMT, PRODH, UFD1L e ZDHHC8, TBX1 e DGCR2 localizados em 22q11, em todos os pacientes. Essa microdeleção e essas mutações podem resultar tanto em um quadro de esquizofrenia, como em alterações de face e do coração.

O material do estudo incluirá amostras de sangue periférico coletadas na Disciplina de Genética da UNIFESP. Serão coletados 10 mL de sangue por punção venosa. Este procedimento consiste em colocar uma agulha em uma veia do braço para a retirada de sangue, podendo causar um pequeno incômodo no momento da punção.

Para uma avaliação clínica adequada, os pacientes poderão ser fotografados pelo médico geneticista e em alguns casos os familiares também poderão fazer parte do estudo, caso consentam em participar deste.

Este estudo não trará benefícios diretos para o paciente, mas por outro lado proporcionará melhor precisão diagnóstica, melhor entendimento da doença e até um melhor atendimento aos pacientes.

Você terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento.

A sua identidade será mantida em sigilo, ficando seu conhecimento restrito à Disciplina de Genética do Departamento de Morfologia, Disciplina de Cardiologia do Departamento de Medicina e de Disciplina de Psiquiatria do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, sendo assim respeitada sua privacidade.

Os dados e materiais coletados poderão ser utilizados em outras pesquisas futuras, caso haja interesse de estudo. Neste caso, o paciente ou responsável será consultado e o projeto será devidamente encaminhado ao comitê de ética da UNIFESP.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora deste trabalho é a Dra. Marília de Arruda Cardoso Smith, que pode ser encontrada na Disciplina de Genética (Rua Botucatu, 740/ telefone 5576-4264). E qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa,

procure o Comitê de Ética em Pesquisa (Rua Botucatu, 572 – 1o andar / telefones 5571-1062 / 5539-7162) cepunifesp@epm.br.

Propomos-nos a fornecer informações atualizadas sobre os resultados parciais do trabalho e a indenizar os pacientes, caso haja alguma lesão ou dano causados pelos procedimentos ou venham a ser prejudicados em decorrência de sua participação no grupo de estudo. Não haverá despesas pessoais em qualquer fase do estudo para os exames realizados na UNIFESP e não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo, o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. Os dados e o material coletado para esse estudo serão usados somente para esta pesquisa.

Responsáveis : Dra Marília de Arruda Cardoso Smith (Disciplina de Genética)
 Dra Maria Isabel de S. A. Melaragno (Disciplina de Genética)
 Dr. Jair de Jesus Mari (Departamento de Psiquiatria)
 Dr. Antonio Carlos Carvalho (Disciplina de Cardiologia)

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Investigação da região cromossômica 22q11.2 na patogênese de alterações cardíacas e da esquizofrenia.”e concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Eu discuti com a Dr(a) _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Concordo também que o material fotográfico e os dados obtidos com essa pesquisa sejam utilizados em publicações científicas.

Nome do indivíduo estudado: _____

 Assinatura do paciente/indivíduo controle ou representante legal. data ____/____/____

 Assinatura da testemunha para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participação neste estudo.

 Assinatura do responsável pelo estudo data ____/____/____

7.2. Anexo 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 23 de fevereiro de 2007
CEP 1737/06

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) MARÍLIA DE ARRUDA CARDOSO SMITH

Co-Investigadores: Maria Isabel Melaragno; Antonio Carlos Carvalho; Jair de Jesus Mari

Disciplina/Departamento: Genética Humana/Morfologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: "Investigação da região cromossômica 22q11.2 na patogênese de alterações cardíacas e da esquizofrenia".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: GRUPO III - ESTUDO CLÍNICO OBSERVACIONAL- CASO CONTROLE.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: RISCO MÍNIMO - DESCONFORTO LEVE.

OBJETIVOS: Avaliação de pacientes com cardiopatia conotruncal, esquizofrenia e fenótipo clínico da síndrome de deleção 22q11.2, por meio de um estudo clínico cardiológico, psiquiátrico e fenotípico detalhado além do estudo laboratorial, neuroestrutural e genético..

RESUMO: Serão avaliados 400 pacientes, sendo 200 compondo o caso-estudo e 200 indivíduos normais(caso-controle). Os pacientes serão selecionados de 3 formas: 1) pacientes acompanhados regularmente no Ambulatório de Psiquiatria do Hspital São Paulo com diagnóstico de esquizofrenia; 2) pacientes selecionados no ambulatório de cardiologia do Hospital São Paulo e no Centro de Genética Médica da UNIFESP com alterações cardíacas do tipo conotruncal e 3) pacientes selecionados no Centro de Genética Médica da UNIFESP portadores de fenótipo clínico da síndrome de deleção 22q11.2.. Os pacientes deverão passar pelas seguintes avaliações: clínica e laboratorial, avaliação cardíaca, avaliação do sistema nervoso autônomo pela variabilidade da frequência cardíaca, velocidade de onda de pulso(VOP), espessamento médio intima da artéria carótida interna (IMT), função endotelial pela dilatação mediada pelo fluxo na artéria braquial, Ressonância Magnética e DTI (Instituto do sono), estudo citogenético (cultura de linfócitos) e estudo molecular (estudo de DNA)..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Os resultados obtidos poderão contribuir para uma melhor compreensão da etiologia das malformações cardíacas e da esquizofrenia auxiliando e até podendo modificar a abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes podendo propiciar condições de intervenção mais precoces melhorando a qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos todos os procedimentos e instrumentos que serão utilizados.

TCLE: Adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: FAPESP.

CRONOGRAMA: 36 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: DOUTORADO.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 18/2/2008 e 12/2/2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

7.3. Anexo 3 – Versão original - **RECOVERY ASSESSMENT SCALE**

Instructions: Below is a list of statements that describe how people sometimes feel about themselves and their lives. Please read each one carefully and circle the number to the right that best describes the extent to which you agree or disagree with the statement. Circle only one number for each statement and do not skip any items.

	Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
1. I have a desire to succeed.	1	2	3	4	5
2. I have my own plan for how to stay or become well.	1	2	3	4	5
3. I have goals in life that I want to reach	1	2	3	4	5
4. I believe I can meet my current personal goals.	1	2	3	4	5
5. I have a purpose in life.					
6. Even when I don't care about myself, other people do.	1	2	3	4	5
7. I understand how to control the symptoms of my mental illness.	1	2	3	4	5
8. I can handle it if I get sick again.	1	2	3	4	5
9. I can identify what triggers the symptoms of my mental illness.	1	2	3	4	5
10. I can help myself become better.	1	2	3	4	5
11. Fear doesn't stop me from living the way I want to.	1	2	3	4	5
12. I know that there are mental health services that do help me.	1	2	3	4	5
13. There are things that I can do that help me deal with unwanted symptoms.	1	2	3	4	5
14. I can handle what happens in my life.	1	2	3	4	5
15. I like myself.	1	2	3	4	5
16. If people really knew me, they would like me.	1	2	3	4	5
17. I am a better person than before my experience with mental illness.	1	2	3	4	5

	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Not Sure</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>
18. Although my symptoms may get worse, I know I can handle it.	1	2	3	4	5
19. If I keep trying, I will continue to get better.	1	2	3	4	5
20. I have an idea of who I want to become.	1	2	3	4	5
21. Things happen for a reason.	1	2	3	4	5
22. Something good will eventually happen	1	2	3	4	5
23. I am the person most responsible for my own improvement.	1	2	3	4	5
24. I'm hopeful about the future.	1	2	3	4	5
25. I continue to have new interests.	1	2	3	4	5
26. It is important to have fun.	1	2	3	4	5
27. Coping with my mental illness is no longer the main focus of my life.	1	2	3	4	5
28. My symptoms interfere less and less with my life.	1	2	3	4	5
29. My symptoms seem to be a problem for shorter periods of time each time they occur.	1	2	3	4	5
30. I know when to ask for help.	1	2	3	4	5
31. I am willing to ask for help.	1	2	3	4	5
32. I ask for help, when I need it.	1	2	3	4	5
33. Being able to work is important to me.	1	2	3	4	5
34. I know what helps me get better	1	2	3	4	5
35. I can learn from my mistakes.	1	2	3	4	5
36. I can handle stress.	1	2	3	4	5
37. I have people I can count on.	1	2	3	4	5
38. I can identify the early warning signs of becoming sick.	1	2	3	4	5
39. Even when I don't believe in myself, other people do.	1	2	3	4	5
40. It is important to have a variety of friends.	1	2	3	4	5
41. It is important to have healthy habits.	1	2	3	4	5

7.4. Anexo 4 – Versão em português: Escala de avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia (RAS-BR)

Nome: _____

Data: _____

Instruções:

1. Este é um questionário de avaliação sobre a capacidade de superação, que também pode ser entendido pela maneira como as pessoas lidam com suas limitações e criam estratégias de apoio para melhorarem sua autoconfiança e qualidade de vida.
2. Abaixo há uma lista com 41 expressões. Por favor, leia cada uma delas atentamente e marque com X a resposta que estiver mais próximo daquilo que você pensa ou vive.
3. Concordar totalmente significa ter certeza de que você concorda. Discordar totalmente significa ter certeza de que você discorda.
4. Procure responder todas as questões e não pule nenhuma delas.

1) Tenho vontade de ter sucesso.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

2) Tenho minha própria maneira de como melhorar e ficar bem.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

3) Tenho objetivos na minha vida que desejo alcançar.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

4) Acredito que posso alcançar meus atuais objetivos pessoais.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

5) Tenho um propósito de vida.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

6) Mesmo quando não estou preocupado comigo, alguém está.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

7) Entendo como controlar os sintomas da minha doença mental.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

Nome: _____

Data: _____

8) Consigo lidar com minha doença se eu entrar em crise de novo.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

9) Consigo identificar o que desencadeia os sintomas da doença em mim.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

10) Consigo me ajudar para me sentir melhor.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

11) O medo não me impede de viver da maneira que eu quero.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

12) Sei que há serviços de saúde que podem me ajudar.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

13) Há coisas que eu posso fazer que me ajudam a lidar com sintomas indesejáveis.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

14) Consigo lidar com o que acontece na minha vida.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

15) Eu gosto de mim mesmo.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

16) Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

17) Sou uma pessoa melhor hoje do que antes da minha experiência com a doença mental.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

18) Embora meus sintomas possam piorar, sei que posso lidar com eles.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

Nome: _____

Data: _____

19) Se eu continuar tentando, continuarei melhorando.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

20) Tenho idéia da pessoa que quero me tornar.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

21) As coisas acontecem por uma razão.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

22) Algo bom está para acontecer.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

23) Sou a principal pessoa responsável pela minha própria melhora.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

24) Sou esperançoso quanto ao futuro.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

25) Continuo tendo novos interesses.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

26) É importante ter diversão.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

27) Enfrentar a minha doença mental é, sem dúvida, o maior foco da minha vida.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

28) Meus sintomas interferem cada vez menos na minha vida.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

29) Meus sintomas parecem durar menos, à medida que eles ocorrem.

- ☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

Nome: _____

Data: _____

30) Eu sei quando pedir ajuda.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

31) Estou com vontade de pedir ajuda.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

32) Peço ajuda quando preciso.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

33) Estar apto a trabalhar é importante para mim.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

34) Sei o que me ajuda a me sentir melhor.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

35) Consigo aprender com meus erros.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

36) Consigo lidar com estresse.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

37) Tenho pessoas com quem posso contar.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

38) Consigo identificar os primeiros sinais de piora da minha doença.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

39) Mesmo quando não acredito em mim, alguém acredita.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

40) É importante ter vários amigos.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

41) É importante ter hábitos saudáveis.

☐ 1 Discordo totalmente ☐ 2 Discordo ☐ 3 Não tenho certeza ☐ 4 Concordo ☐ 5 Concordo totalmente

7.5. Anexo 5 - WHOQOL- Bref /OMS: Escala de Qualidade de Vida da OMS

Nome: _____ Data: _____

WHO-QOL – Qualidade de vida

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15) Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	5	4	3	2	1

7.6. Anexo 6 - ILSS-SR - Inventário de Habilidades de Vida Independente

Paciente: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

APARÊNCIA E VESTUÁRIO	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Lavou suas roupas adequadamente se necessário?			
2) Coloca roupa para secar?			
3) Dobra, pendura e guarda suas roupas depois de lavadas e secas?			
4) Separa as roupas sujas das limpas?			
5) Você troca as roupas íntimas pelo menos duas vezes na semana?			
6) Compra suas próprias roupas sempre que precisa?			
<i>Observação do entrevistador</i>			
7) Veste roupas adequadas e limpas?			
8) A roupa é apropriada para a estação?			
9) Cores e tipos de roupa estão combinando?			
HIGIENE PESSOAL	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Toma banho usando sabonete pelo menos duas vezes por semana?			
2) Lava o cabelo pelo menos duas vezes por semana? (uma vez por semana para mulheres)			
3) Usa desodorante todos os dias?			
4) Escova ou penteia o cabelo diariamente?			
5) Escova os dentes ou dentadura usando pasta de dentes pelo menos uma vez ao dia?			
6) Limpa as unhas regularmente?			
<i>Observação do entrevistador</i>			
7) Apresenta-se limpo (rosto, braço, mão)?			
8) Apresenta-se com os cabelos limpos?			
9) Apresenta-se com os cabelos devidamente penteados?			
10) Apresenta-se com os cabelos devidamente cortados?			
11) Apresenta-se sem odor no corpo?			
12) As unhas estão limpas?			
CUIDADOS COM OS OBJETOS PESSOAIS	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Arruma a cama diariamente?			
2) Mantém seu quarto ou espaço pessoal limpo?			

3) Arruma sua “bagunça” e coloca os itens no lugar que pertencem?			
4) Limpa líquidos derramados?			
5) Aspira (se tiver carpete) ou esfrega o chão?			
6) Tira o pó dos móveis?			
Comentários do entrevistador:			
PREPARO E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Prepara refeições simples que não precisam ser misturadas ou cozidas? (sanduíches, saladas ou cereal com leite).			
2) Prepara e cozinha refeições simples? (ovos fritos ou macarrão).			
3) Pode identificar ou jogar fora alimentos estragados?			
4) Lava e enxuga utensílios de cozinha - caneca, prato, etc?			
5) Guarda os utensílios de cozinha depois de secos – pratos, canecas, etc?			
6) Faz opções saudáveis para se alimentar, ou seja, não se alimenta só a base de doces e refrigerantes?			
7) Compra sua própria comida? (mais que lanches e salgadinhos).			
Comentários do entrevistador:			
SAÚDE	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Toma seu medicamento sem supervisão? (se não toma remédio no momento, você tomou seu medicamento sem supervisão na última vez que foi prescrito?).			
2) Se você toma remédio agora, mas precisa de supervisão, você coopera com a pessoa que administra a medicação? (se você não toma remédio atualmente, cooperou com a pessoa que o administrou na última vez que precisou tomar?).			
3) Você procura o medico pra renovar a receita do seu remédio? (Se não toma remédio no momento, você procurou a pessoa certa para renovar sua receita na última vez que precisou tomar remédio?).			
4) Na última vez que você esteve doente, com uma doença física leve, como, por exemplo, gripe, você se cuidou de forma apropriada?			
5) Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiro, polícia, vigilância e outros recursos), assistentes social, médico, dentista, família, quando necessário?			
6) Fuma com segurança, isto é, não fura as roupas, não queima a cama ou os móveis? (pontue Y se a pessoa não fuma).			
7) Toma a medicação todos os dias da maneira como foi prescrita? (Se não toma remédio no momento, quando estava tomando remédio você tomou a medicação todos os dias da maneira como ela foi prescrita?).			
Comentários do entrevistador:			

ADMINISTRAÇÃO DO DINHEIRO	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Paga suas próprias contas como aluguel, contas de água, luz, telefone e transporte?			
2) Faz depósitos ou saca dinheiro no banco?			
3) Administra adequadamente seu orçamento? (planeja como seu dinheiro vai ser gasto?)			
4) Recebe benefício do INSS?			
5) Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos?			
Comentários do entrevistador:			
TRANSPORTE	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Tem carteira de motorista válida, ou seja, não vencida?			
2) Anda de ônibus, trem ou metrô?			
3) Na última vez que foi para um lugar desconhecido, você se informou com relação às indicações do trajeto?			
4) Leu o itinerário de ônibus na última vez que precisou de informações?			
5) Tem e usa seu próprio carro?			
Comentários do entrevistador:			
LAZER	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Ocupa-se regularmente com um passatempo?			
2) Frequenta alguma religião?			
3) Escreve cartas ou visita amigos ou parentes?			
4) Frequenta cinemas ou teatros?			
5) Lê jornais, livros ou revistas?			
6) Vai a reuniões de associações de bairro, da igreja ou festas comemorativas? (ex: festa junina).			
7) Ouve rádio ou assiste televisão?			
8) Cuida do jardim ou quintal?			
9) Assiste atividades esportivas?			
10) Pratica alguma atividade esportiva como natação, futebol, etc?			
11) Joga cartas ou outros jogos de mesa?			
12) Você tem título de eleitor?			
Comentários do entrevistador:			

EMPREGO	SIM	NÃO	N/A
Nos últimos 30 dias, você...			
1) Lê classificados para procurar emprego?			
2) Contata empregadores potenciais para avaliar possíveis oportunidades de trabalho?			
3) Contata amigos e agências empregadoras para obter indicações de emprego?			
4) Participa de entrevistas de seleção para obter emprego?			
Comentários do entrevistador:			
MANUTENÇÃO DO TRABALHO	SIM	NÃO	N/A
No seu emprego atual ou em seu último emprego você...			
1) Tem um bom relacionamento com seus colegas de trabalho?			
2) Tem um bom relacionamento com seus supervisores?			
3) Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço?			
Comentários do entrevistador:			

7.7. Anexo 7 - SAOF – Questionário de Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional

Nome: _____ Data: _____

I. Causalidade Pessoal: como você avalia as suas ações

1. Conheço minhas habilidades? ()sim () não () não sei
2. Espero sempre resultados positivos das minhas ações e projetos?
()sim () não () não sei
3. Acredito nas minhas realizações? ()sim () não () não sei
4. Acredito nas minhas realizações no trabalho? ()sim () não () não sei
5. Acredito nas minhas realizações no meu lar? ()sim () não () não sei
6. Acredito nas minhas realizações no meu divertimento e no lazer
()sim () não () não sei

II. Valores: atividades que são importantes e o valor dos seus objetivos

7. Faço atividades que tem significado para mim? ()sim () não () não sei
8. Tenho objetivos para o futuro? ()sim () não () não sei
9. Tenho expectativas reais a meu respeito? ()sim () não () não sei

III. Interesses: a tudo que gosto de fazer

10. Identifico meus interesses e gostos? ()sim () não () não sei
11. Tenho vários interesses? ()sim () não () não sei
12. Participo dos projetos que me são importantes? ()sim () não () não sei

IV. Papéis: desempenho e comportamentos sociais

13. Costumo me envolver nos papéis que me comprometo? ()sim () não () não sei
14. **de estudante?** ()sim () não () não sei,
15. **de trabalhador?** ()sim () não () não sei,
16. **de amigo?** ()sim () não () não sei,
17. **de familiar?** ()sim () não () não sei
18. Reconheço e procuro atingir as expectativas de meus papéis? ()sim () não () não sei
19. Mantenho um equilíbrio saudável dos papéis na minha vida? ()sim () não () não sei

V. Hábitos: rotina e cotidiano

20. Organizo satisfatoriamente meu tempo? ()sim () não () não sei
21. Mantenho hábitos saudáveis que ajudam no desempenho dos meus papéis?
()sim () não () não sei
22. Sou flexível quando ocorrem mudanças na minha rotina? ()sim () não () não sei

VI. Habilidades: como é a minha aptidão, minha capacidade

23. Consigo me expressar para os outros? ()sim () não () não sei
24. Tenho bom contato social? ()sim () não () não sei
25. Planejo antes de agir? ()sim () não () não sei
26. Concentro-me e completo meu trabalho? ()sim () não () não sei
27. Identifico meus problemas? ()sim () não () não sei
Identifico a solução para meus problemas? ()sim () não () não sei
Quando identifico, consigo agir? ()sim () não () não sei
28. Consigo desempenhar minhas tarefas cotidianas? ()sim () não () não sei
29. Consigo cuidar da minha higiene? ()sim () não () não sei
30. Consigo cuidar das minhas finanças? ()sim () não () não sei
31. Consigo cuidar da minha casa? ()sim () não () não sei
32. Me sinto fisicamente capaz de fazer o que preciso? ()sim () não () não sei

VII. Meio Ambiente: recursos ambientais

33. Costumo frequentar ambientes favoráveis para mim? ()sim () não () não sei
quais?

7.8. Anexo 8 - PANSS - *Positive and Negative Syndrome Scale* - Escala das síndromes positiva e negativa

Nome do paciente: _____

Nome do Entrevistador: _____

Data: / /

VII - Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS (Vessoni, 1993)

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem. 1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva							
P1 – Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2 - Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3 - Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4 – Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5 – Grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
P6 – Desconfiança e Perseguição	1	2	3	4	5	6	7
P7 – Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7

Escore da Escala Positiva: _____

Escala Negativa							
N1- Embotamento Afetivo	1	2	3	4	5	6	7
N2 - Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3- Contato pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4- Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5- Dificuldade pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6- Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6	7
N7- Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Escore da Escala Negativa: _____

Escala de Psicopatologia Geral							
G1 – Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 – Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3 – Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4 – Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5 – Maneirismo/postura	1	2	3	4	5	6	7
G6 – Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7 – Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 – Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9 – Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10 – Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11 – Déficit de atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12 – Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6	7
G13 – Distúrbio de volição	1	2	3	4	5	6	7
G14 – Mau controle de impulso	1	2	3	4	5	6	7
G15 – Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16 – Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7

Escala de psicopatologia Geral: _____

Comentários aplicação:

Necessidade de informação suplementar? () Sim () Não

PANSS TOTAL: _____

7.9. Anexo 9 - CGI - *Clinical Global Impression* - Escala para avaliação do estado clínico do paciente

OBS: a CGI será aplicada na primeira visita do paciente

Considerando sua experiência clínica geral com esse tipo particular de população, quão mentalmente doente está o paciente nesse momento?

1. Normal, não doente
(sem sintomas; nenhuma evidência de doença)
2. Minimamente doente
(sintomas mínimos; mantém bom funcionamento)
3. Levemente doente
(baixo nível de sintomas; sofrimento subjetivo; pouco ou nenhum prejuízo funcional)
4. Moderadamente doente
(alguns sintomas proeminentes; moderado prejuízo funcional)
5. Acentuadamente doente
(sintomas significativos; importante prejuízo funcional)
6. Gravemente doente
(sintomas muito evidentes; incapaz de funcionar na maioria das áreas)
7. Entre os doentes mais graves
(extremamente sintomático; completamente incapacitado; necessita de cuidados adicionais)

Assinale apenas um "X" por linha (preencher TODAS as linhas):

	1. Normal, não doente	2. Minimamente doente	3. Levemente doente	4. Moderadament e doente	5. Marcadamente doente	6. Gravemente doente	7. Entre os doentes mais graves
Sintomas positivos (ex. Alucinações, delírios ou comportamento bizarro)							
Sintomas negativos (ex. Embotamento afetivo, avolia, anedonia)							
Sintomas depressivos (ex. Tristeza, humor deprimido ou desesperança)							
Sintomas cognitivos (ex. Prejuízo da atenção, concentração ou memória)							
Gravidade total							

7.10. Anexo 10 - GAF – *Global Assessment of Functioning* – Escala de avaliação global do funcionamento

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízos no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais). Considerar a última semana do paciente.

(Obs: Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45,68,72)	
Código	
100 91	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Assintomático.
90 81	Sintomas ausentes ou mínimos (p. ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p. ex., uma discussão ocasional com membros da família).
80 71	Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p. ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., apresenta declínio temporário na escola).
70 61	Alguns sintomas leves (p. ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
60 51	Sintomas moderados (p. ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50 41	Sintomas sérios (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
40 31	Algum prejuízo no teste de realidade ou na comunicação (p.ex., fala às vezes ilógicas, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (p.ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar, crianças freqüentemente batem em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
30 21	Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (p.ex., ocasionalmente incoerente, age de forma propriamente imprópria, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas (p.ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
20 11	Algum perigo de ferir a si mesmo e a outros (p.ex., tentativas de suicídio sem clara intenção de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal (p.ex., suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (p.ex., ampla incoerência ou mutismo).
10 01	Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p.ex., violência recorrente) OU inabilidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento de morte.
00	Informações inadequadas.

A pontuação do funcionamento psicológico global em uma escala de 0-100 foi operacionalizada por Luborsky na Escala de Pontuação de Saúde-Doença (Luborsky L: "Clinicians' Judgements of mental Health", Archives of General Psychiatry 7: 407-417, 1962). Spitzer e cols. desenvolveram uma revisão da Escala de Pontuação de Saúde-Doença, chamada Escala de Avaliação Global (Global Assessment Scale [GAS]) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance" Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976).

7.11. Anexo 11 - Calgary Depression Scale for Schizophrenia - Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (ECDE)

A Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia é projetada para avaliar o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia. Deriva originalmente do Exame do Estado Psíquico (PSE) e Escala de Hamilton para Depressão (HDRS), a partir da análise fatorial e de confiabilidade. A confiabilidade e validade da escala foram posteriormente testadas em amostra separada com utilização de técnicas de análise fatorial confirmatória e análise discriminatória. A escala é projetada para revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto na fase residual da patologia. É sensível a mudança, e pode ser utilizada em diferentes intervalos de tempo. O examinador tem que ter experiência com pessoas com esquizofrenia e deve desenvolver confiabilidade entre examinadores junto a indivíduos com experiência no uso de instrumentos estruturados. Um examinador experiente deve desenvolver confiabilidade adequada entre cinco e dez entrevistas práticas.

GUIA DE ENTREVISTA PARA A ESCALA CALGARY DE DEPRESSÃO PARA ESQUIZOFRENIA

Entrevistador:

Faça a primeira pergunta como está escrita. Use as frases que seguem e os qualificadores a seu critério. O período examinado refere-se às duas últimas semanas, a não ser que esteja estipulado. OBS: o último item, número 9, é baseado nas observações da totalidade da entrevista.

1 – DEPRESSÃO

Como você descreveria o seu humor nas últimas duas semanas: Você tem estado razoavelmente alegre, ou tem se sentido muito deprimido ou desanimado recentemente? Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem se sentido (palavras utilizadas pelo entrevistado)? Todos os dias? O dia inteiro?

0. Ausente

1. Leve

Expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder.

2. Moderada

Humor deprimido evidente, persistindo até metade do período das duas últimas semanas: presente diariamente.

3. Grave

Humor marcadamente deprimido, diariamente, por mais da metade do período. Interfere no funcionamento motor e social habitual.

2. DESESPERANÇA

Como você vê o seu próprio futuro? Você vê algum futuro? Ou a vida lhe parece sem esperanças? Você desistiu ou ainda sente alguma motivação para continuar tentando?

0. Ausente

1. Leve

Nas últimas duas semanas teve em alguns momentos desesperança, mas ainda tem algum grau de esperança no futuro.

2. Moderada

Desesperança moderada e persistente nas duas últimas semanas. Pode ser convencido a admitir a possibilidade de as coisas ficarem melhor.

3. Grave

Desesperança persistente e angustiante.

3. AUTODEPRECIAÇÃO

Qual é a sua opinião a respeito de si mesmo em comparação com as outras pessoas? Você se sente melhor, não tão bom ou igual à maioria das pessoas? Você se sente inferior ou sem valor?

0. Ausente

1. Leve

Algum sentimento de inferioridade está presente, mas não se sente sem valor.

- | | |
|-------------|---|
| 2. Moderada | Sente-se sem valor, mas o sintoma está presente por menos de 50% do tempo. |
| 3. Grave | Sujeito considera-se completamente sem valor por mais de 50% do tempo. Pode ser convencido a admitir o contrário. |

4. IDÉIAS DE REFERÊNCIA DE CULPABILIDADE

Você tem a sensação de que está sendo responsabilizado ou mesmo acusado injustamente de alguma coisa? Do quê? (Não inclua acusações e culpa justificáveis. Exclua delírio de culpa)

- | | |
|-------------|---|
| 0. Ausente | |
| 1. Leve | Sujeito sente-se culpado, mas não acusado, por menos de 50% do tempo. |
| 2. Moderada | Sentimento persistente de ser culpado, e/ou ocasionalmente sentimento de ser acusado. |
| 3. Grave | Sentimento persistente de ser acusado. Quando confrontado, admite que não é exatamente assim. |

5. CULPA PATOLÓGICA

Você costuma se auto-acusar por pequenas coisas que você fez no passado? Você acha que você merece ficar tão preocupado com estas coisas?

- | | |
|-------------|--|
| 0. Ausente | |
| 1. Leve | Sujeito sente-se excessivamente culpado por causa de pequenas faltas, mas por menos de 50% do tempo. |
| 2. Moderada | Sujeito geralmente (mais de 50% do tempo) sente-se culpado por ações cujo significado ele exagera. |
| 3. Grave | Sujeito sente-se acusado por tudo que saiu errado, mesmo que não tenha sido por falta sua. |

6. DEPRESSÃO MATUTINA

Quando você se sentiu deprimido nas duas últimas semanas, você notou em que período do dia você se sente mais deprimido ?

- | | |
|-------------|--|
| 0. Ausente | Sem depressão. |
| 1. Leve | Depressão presente mas sem variação diurna. |
| 2. Moderada | Espontaneamente menciona que a depressão é pior no período matutino. |
| 3. Grave | Depressão marcadamente pior no período matutino com prejuízo do desempenho, que melhora ao longo da tarde. |

7. DESPERTAR PRECOCE

Você acorda pela manhã mais cedo do que é o habitual para você? Quantas vezes por semana isso acontece?

- | | |
|-------------|---|
| 0. Ausente | Sem despertar precoce. |
| 1. Leve | Ocasionalmente acorda (até duas vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário toca o despertador. |
| 2. Moderado | Freqüentemente acorda cedo (até 5 vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário que toca o despertador. |
| 3. Grave | Diariamente acorda 1 hora ou mais antes do horário habitual. |

8. SUICÍDIO

Você já sentiu que não valia mais a pena viver? Alguma vez você teve vontade de acabar com tudo? O que você pensou que poderia fazer? Você chegou realmente a tentar?

- | | |
|------------|--|
| 0. Ausente | |
| 1. Leve | Pensamentos freqüentes de estar melhor morto, ou ocasionalmente pensa em |

- suicídio.
2. Moderado Deliberadamente cogitou o suicídio e formulou um plano, mas não chegou a tentá-lo.
3. Grave Tentativa de suicídio destinada a resultar em morte (isto é: morte evitada por descoberta acidental ou o sujeito utilizou um método ineficiente).

9. DEPRESSÃO OBSERVADA

Baseado na observação do entrevistador durante toda a entrevista.

A pergunta “Você tem vontade de chorar” feita em momentos oportunos da entrevista pode dar informações úteis para esta observação.

0. Ausente
1. Leve Sujeito a Apresenta tristeza e expressão de alguém que está num velório até mesmo durante alguns momentos da entrevista, envolvendo-se de forma neutra na discussão.
2. Moderada Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório durante a entrevista, com a voz monótona e desanimada e está choroso ou chora em alguns momentos.
3. Grave Sujeito fica em silêncio nos momentos estressantes, freqüentemente suspira profundamente e chora abertamente, ou está persistentemente num estado miserável e o examinador tem certeza desse fato.

ESCALA CALGARY DE DEPRESSÃO para ESQUIZOFRENIA

	Ausente	Leve	Moderado	Grave
1. Humor Deprimido	0	1	2	3
2. Desesperança	0	1	2	3
3. Autodepreciação	0	1	2	3
4. Idéias de Referência de Culpa	0	1	2	3
5. Culpa Patológica	0	1	2	3
6. Depressão Matutina	0	1	2	3
7. Despertar Precoce	0	1	2	3
8. Suicídio	0	1	2	3
9. Depressão Observada	0	1	2	3